

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

109

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

PAR

Raymond BENDA

Né à Paris, le 6 mars 1896
Interne des Hôpitaux de Paris

La Bronchite chronique syphilitique

Étude anatomo-radiologique et clinique des scléroses
bronchiques et péribronchiques
au cours de la syphilis tertiaire du poumon

Président : M. E. SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

PAR

Raymond BENDA

Né à Paris, le 6 mars 1896
Interne des Hôpitaux de Paris

La Bronchite chronique syphilitique

Étude anatomo-radiologique et clinique des scléroses
bronchiques et péribronchiques
au cours de la syphilis tertiaire du poumon

Président : M. E. SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ VIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire.	{ ROUVIÈRE.
	{ BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 L. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER . . . Pathologie expérimental^e
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDON . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 RICHEL Fils . . Physiologie.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE Histologie.
 VELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 GOUGEROT . Pathologie médicale
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LE LORIER . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.

MM.

RETTERER . . Histologie. 
 RIBIERRE . . Pathologie médicale.
 TANON Pathologie médicale.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale in-
fantile.

MM.
LÉRI. Clinique médicale.
LOEPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail,
		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

▲ MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SERGENT

Témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma très respectueuse affection.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR ROGER

Hommage de mon respectueux attachement et de ma reconnaissance.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHIRAY

*Témoignage de ma profonde gra-
titude et de mon entier dévouement.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR } B. WEILL-HALLÉ

Hommage de mon respectueux dévouement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage bénévole :

M. le PROFESSEUR BROCA (*in memoriam*)
M. le DOCTEUR FLORAND
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ NETTER
M. le PROFESSEUR JEANSELME
M. le DOCTEUR PISSAVY

Externat :

M. le PROFESSEUR CLAUDE
M. le DOCTEUR JOSUÉ (*in memoriam*)
M. le DOCTEUR FAURE-BEAULIEU

Internat :

Première Année :

Premier Semestre : M. le DOCTEUR RENÉ MARIE.
M. le DOCTEUR DALCHÉ
Deuxième Semestre : M. le PROFESSEUR ROGER

Deuxième Année :

Premier Semestre : M. le PROFESSEUR ROGER
Deuxième Semestre : M. le DOCTEUR WEILL-HALLÉ.

Troisième Année :

Premier Semestre : M. le DOCTEUR DARRÉ.
Deuxième Semestre : M. le DOCTEUR MONIER-VINARD

Quatrième Année :

M. le PROFESSEUR SERGENT.

A M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

A MM. les DOCTEURS LÉVY-VALENSI, SÉZARY,
P. CHEVALLIER, JEAN HUTINEL,
Médecins des Hôpitaux

A MM. les DOCTEURS J. CHARRIER et TURQUETY.

La Bronchite chronique syphilitique

Etude anatomo-radiologique et clinique des scléroses bronchiques
et péribronchiques au cours de la syphilis tertiaire du poumon

INTRODUCTION

Une erreur assez comparable à la méprise fameuse relatée jadis par Brambilla, nous avertit dès le début de nos études médicales de l'origine syphilitique possible de certaines bronchopathies chroniques. Mais alors que dans l'observation classique, il est question d'une médication antisypilitique administrée par hasard et ayant amené une guérison inattendue chez un malade suspecté jusque là de tuberculose, le fait dont nous fûmes témoin, se rapporte au résultat inopiné de la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée chez un malade auquel elle n'était pas destinée et qui devait être effectuée en réalité sur un de ses voisins de lit ; ce malade atteint d'un catarrhe bronchique chronique, accompagnant un état de cachexie avancé, était considéré comme tuberculeux depuis son entrée à l'hôpital : le résultat positif de la réaction sérologique fit instituer une thérapeutique appropriée et l'amélioration qui s'ensuivit, permit de rapporter la maladie à sa véritable cause.

Ce fait ne manqua pas de nous impressionner à l'époque, et c'est pourquoi nous n'avons pu nous défendre de le rapporter ici. Mais il s'agit moins d'une observation que d'une anecdote assez banale, et celle-ci, nous nous en rendons compte, ne saurait donner la moindre idée du problème

véritablement complexe que représente la syphilis bronchique.

Ce n'est ni en quelques mois, ni même en quelques années, que l'on pourrait se faire par soi-même une opinion sur un sujet aussi délicat, et jamais nous n'aurions osé aborder pareille entreprise, si notre maître le Professeur Sergent ne nous avait encouragé de son appui et si nous n'avions eu pour nous diriger sa profonde connaissance de la question, fondée sur de longues années d'expérience et de nombreux documents tant cliniques qu'anatomiques, qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

Parmi les multiples désordres que peut causer la syphilis dans les différentes parties de l'appareil respiratoire, ceux qui attaquent l'armature bronchique, ont certainement la place prépondérante; si, dans bien des cas, l'importance des productions gommeuses du parenchyme ou la diffusion des réactions fibreuses interstitielles, ne permettent pas de s'en apercevoir immédiatement, il existe d'autres formes où la localisation bronchique et juxta-bronchique demeure, par contre, au premier plan, à l'état de pureté pourrait-on dire. Mais ces bronchopathies syphilitiques elles-mêmes, comportent les variétés les plus diverses sous : le nom de *bronchite chronique syphilitique*, nous nous sommes efforcés d'étudier dans ce travail, un aspect particulier de la syphilis tertiaire des bronches caractérisé, d'une part, anatomiquement, par une sclérose pulmonaire péribronchique et, d'autre part, du point de vue clinique, par un syndrome de catarrhe chronique des bronches, plus ou moins mêlé d'emphysème.

Afin d'éviter dès à présent toute équivoque, il est nécessaire d'ajouter qu'une telle catégorie de bronchopathie ne suppose pas fatalement l'idée d'une ectasie bronchique concomitante. Sans doute la dilatation des bronches, à laquelle les travaux modernes ont accordé une légitime importance, est-elle liée à la syphilis, dans la majorité des cas, par des rapports bien

établis. Mais ainsi que nous y reviendrons plus loin et contrairement à ce que certains auteurs semblent vouloir laisser sous-entendre, son étude ne saurait prétendre résumer à elle seule toute la question de la syphilis des bronches.

Pour la même raison le terme de *bronchite chronique syphilitique* nous paraît devoir être préféré à tout autre : sans impliquer l'idée de dilatation bronchique, il ne saurait pas davantage l'exclure absolument.

A ce point de vue, n'est-il pas en quelque sorte l'homologue du terme d'*aortite chronique*, qui, pas plus que celui de bronchite chronique, ne saurait être considéré comme le synonyme d'ectasie ? Qu'il s'agisse des bronches ou de l'aorte, les deux termes ne visent qu'à désigner une inflammation chronique simple des parois d'un conduit aérien ou vasculaire et permettent d'entrevoir les différents modes d'évolution possible du processus syphilitique, sans préjuger de l'un quelconque d'entre eux.

Même ainsi délimité et en quelque sorte simplifié, sous le titre de « bronchite chronique syphilitique », notre sujet comporte les difficultés les plus grandes. En effet, le double syndrome anatomo-clinique de sclérose pulmonaire péri-bronchique et de catarrhe chronique des bronches, par lequel nous l'avons défini précédemment, est susceptible d'être réalisé aussi bien par la syphilis que par la tuberculose ou toute autre affection sclérogène.

Nous nous sommes néanmoins efforcés, en nous plaçant tout d'abord du point de vue anatomique et en utilisant les données les plus récentes de l'histologie pathologique, de rechercher les éléments, qui, en présence d'une sclérose pulmonaire péribronchique, pourraient permettre d'incriminer une étiologie spécifique. Nous verrons d'ailleurs qu'en l'absence d'un contrôle bactériologique, presque impossible à obtenir en matière de syphilis pulmonaire, ce diagnostic de la nature de la sclérose repose en somme sur des nuances. Mais ces nuances ne sont pas négligeables en pareil cas.

Il est du reste beaucoup plus intéressant d'étudier la question du point de vue clinique et nous inclinons à penser que par l'analyse serrée des symptômes, la recherche minutieuse des antécédents et des anamnestiques, il sera possible de reconnaître à beaucoup de bronchites chroniques une origine syphilitique, dont la découverte comportera elle-même une sanction thérapeutique souvent fort efficace.

Mais, si la syphilis est très répandue, la tuberculose ne l'est pas moins, et l'on comprend pourquoi est si fréquente l'association des deux maladies. Dans ces conditions le problème ne consistera pas seulement à dépister, suivant les cas, la tuberculose ou la vérole, mais à distinguer, chez le même malade, les faits pouvant appartenir à l'une ou l'autre de ces affections, ou résultant de leur évolution parallèle ou successive sur le même poumon.

C'est ainsi que M. Sergent insiste depuis de longues années, sur l'importance du terrain syphilitique pour la tendance fibreuse ultérieure de la tuberculose pulmonaire. Notre tâche a été de reprendre l'étude d'un certain nombre de faits dont M. Sergent avait déjà esquissé l'histoire à plusieurs reprises :

Si l'on considère d'une part la syphilis broncho-pulmonaire proprement dite, et d'autre part la tuberculose fibro-calcaire, telle qu'elle peut évoluer sur un terrain syphilitique, on conçoit qu'il existe entre ces deux extrêmes, toute une série de formes intermédiaires qui ne sont autres que les divers aspects de la bronchite chronique syphilitique. Ce sont ces formes que nous nous proposons d'envisager ici.

A côté du Pr Sergent, notre reconnaissance doit aller au Pr Letulle, qui, à maintes reprises, a bien voulu nous réserver le plus bienveillant des accueils, et nous assister de ses conseils éclairés ; les quelques pièces anatomiques personnelles que nous avons versées au débat, n'ont une valeur à nos yeux, que parce qu'il a bien voulu, en les examinant,

nous apporter une assurance à laquelle nous n'aurions jamais osé aboutir sans son aide.

Nous tenons à remercier enfin d'une façon toute particulière, le Dr H. Durand, chef de laboratoire à la Faculté, dont les avis compétents nous ont été spécialement précieux.

HISTORIQUE

La plupart des travaux concernant la syphilis pulmonaire mentionnent au moins incidemment, et ceci dès l'époque la plus reculée, l'existence de lésions bronchiques associées. Toutefois une conception d'ensemble des bronchopathies syphilitiques ne s'est fait jour que dans ces toutes dernières années.

Jusque là, si l'on met à part la question des ectasies bronchiques dont l'autonomie fut assez rapidement consacrée, et si l'on excepte quelques faits isolés de trachéo-bronchite spécifique, localisée aux premières portions de l'arbre aérien, on doit convenir que l'histoire de la syphilis des bronches se confond à peu près entièrement avec celle de la syphilis du poumon.

Nous pensons en outre, qu'une bonne part des hésitations et des contradictions qui dominant au cours des siècles l'histoire de cette syphilis broncho-pulmonaire est dûe, moins à la confusion, certes regrettable, entre les diverses catégories de « phtisies », qu'à la méconnaissance des associations possibles de la vérole avec d'autres processus morbides, la tuberculose en particulier, évoluant parallèlement sur le même poumon.

Nous sommes donc conduits à envisager :

- 1^o L'histoire de la syphilis pulmonaire proprement dite.
- 2^o L'histoire des travaux concernant les relations de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire.
- 3^o Les recherches toutes récentes qui intéressent spécialement les bronchopathies syphilitiques.

I. — Histoire de la syphilis broncho-pulmonaire

Notre intention n'est pas de reproduire ici ce qui existe déjà dans la plupart des traités didactiques, à savoir un exposé historique intégral et remontant à Paracelse, qui, le premier, au ^{xv}^e siècle, paraît avoir soupçonné la vérole dans l'étiologie de certaines pneumopathies. Nous voudrions simplement rappeler dans ce chapitre les principales étapes de l'évolution des idées sur la syphilis pulmonaire, en ne mentionnant chemin faisant que les essentielles.

A ce point de vue, il est classique de distinguer tout d'abord une longue période de confusion et de désordre, qui comprend les ^{xvi}^e, ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles et se prolonge jusqu'à Laënnec, parce que l'anatomie pathologique est encore dans son enfance et que l'auscultation n'existe pas.

Il serait aussi inutile que fastidieux d'entrer dans le détail des observations qui, au ^{xviii}^e siècle en particulier, semblent se rapporter à la syphilis du poumon.

On ne peut que citer les noms d'Astruc, Sauvage, Morton, Morgagni, Todd, Stoll, J. Franck, etc.

Beaucoup de ces observations, comme celle de Brambilla, concernent des pneumopathies améliorées par le traitement mercuriel ; d'autres sont classées comme appartenant à la syphilis ou, au contraire, rejetées de son domaine, alors que les moyens d'investigation les plus élémentaires paraissent avoir fait défaut.

La même impression se retrouve au début du ^{xix}^e siècle dans les ouvrages de Bell, Saucerotte, Portal, et c'est à peine si, vers 1810, Lemonnier en distinguant une phtisie syphilitique et une phtisie tuberculeuse tente une timide réaction.

Une phase entièrement nouvelle s'ouvre avec Laënnec, qui, par l'introduction de la méthode anatomo-clinique, fait, en quelque sorte, table rase du passé.

On conçoit qu'ayant établi patiemment et d'une manière irréfutable, les caractères fondamentaux des lésions tuberculeuses, Laënnec n'ait pu se défendre de quelque méfiance devant les interprétations faciles de ses devanciers et de leur tendance à faire intervenir la syphilis à tout propos. Mais tout en méconnaissant la réalité de la syphilis pulmonaire, il fait faire indirectement un grand progrès à la question, en permettant à ses successeurs de l'aborder désormais sur le terrain scientifique.

A la suite de Laënnec, les idées vont se ressentir quelque temps de son scepticisme en matière de syphilis pulmonaire, mais cette sorte d'hésitation ne fait que renforcer la valeur des convictions qui s'établissent peu à peu. Les travaux de Munk, Cullerier, Lagneau, Sué, plus tard ceux de Mac Carthy et des syphiligraphes comme Ricord, s'ils n'atteignent pas encore à une précision irréprochable, ont du moins le mérite que n'avaient pas ceux des siècles précédents, d'opposer en les analysant les arguments contradictoires et de préparer ainsi la voie aux investigations futures.

Il faut attendre en effet la seconde moitié du XIX^e siècle, pour voir s'établir les bases fondamentales de la syphilis pulmonaire.

Il s'agit d'abord presque exclusivement de données anatomopathologiques.

Dès 1851, Depaul étudie avec soin les lésions pulmonaires qu'il constate chez le fœtus syphilitique : puis la même étude est reprise chez le fœtus et chez l'adulte, par Virchow qui décrit la pneumonie blanche, Cornil, Ranvier, Wagner et Pidoux.

Mais il faut arriver aux recherches de Lancereaux (1864-1866) qui doivent être soulignées d'une façon toute particulière, pour trouver véritablement la première vue d'ensemble tant anatomique que clinique se rapportant à cette question.

A la suite de Lancereaux, A. Fournier, Mauriac, Landrieux,

Gamberini, Potain, Dieulafoy, par l'analyse serrée des faits anatomiques et des symptômes, s'attachent à rechercher les différents aspects de la syphilis du poumon.

Après les constatations recueillies et formulées par tant d'histologues et de cliniciens éminents, aucun doute ne paraissait plus possible au sujet de l'existence même de la syphilis pulmonaire.

Toutefois un certain nombre d'auteurs, tout en admettant la réalité de cette notion, ne semblaient pas encore se rendre compte de son importance. Ils exigeaient pour preuve de la vérole, la présence dans le poumon de vastes lésions scléro-gommeuses et persistaient à considérer la syphilis pleuro-pulmonaire comme étant à peu près exceptionnelle.

Malgré la parution du livre de Bériel (1907) qui met en relief la fréquence des constatations anatomiques en pareille matière, malgré les recherches de M. Sergent qui depuis 1905, par de nombreux travaux réunis plus tard dans ses *Etudes cliniques*, ne cesse d'attirer l'attention sur la fréquence des pneumopathies syphilitiques, ce n'est que dans ces études dernières années, que l'opinion médicale paraît enfin s'être laissée éclairer sur l'importance de ce problème.

On note alors les publications de Spangenberg (1916), Patino Mayer (1917), Elizalde (1920), Carrera (1920).

Mirande en 1921 (*Journal de médecine et de chirurgie pratique* et article « Syphilis Pulmonaire » in traité Sergent) résume les principales acquisitions modernes sur ce sujet et distingue quatre principaux types de syphilitiques pulmonaires (le scléreux, le dilaté, le cavitairé et le pleural).

Enfin, le Pr Letulle après avoir consacré de longues années de travail à des études intéressantes tant la syphilis que la tuberculose pulmonaire, remet définitivement la question à l'ordre du jour par la publication d'un cas de syphilis pulmonaire magistralement analysé du point de vue anatomique (Ac. Médecine avril, 1923), et d'une étude minutieuse des scléroses pulmonaires systématiques (Soc. anatomique, juin 1923).

Presque en même temps M. Sergent, en collaboration avec H. Durand présente à l'Académie de Médecine (juin 1923) une étude clinique et anatomique de deux cas de syphilis pulmonaire dont il résume d'une façon complète tous les caractères essentiels.

A partir de ce moment, les communications sur le même sujet se font nombreuses. Il faut citer les observations de P. Jacob, L. Bernard, Bezançon et P. Jacob (1923), Letulle, Bezançon et M. P. Weil (1924).

Dans son beau livre *Le poumon* (1924), M. Letulle consacre à la syphilis pleuro-pulmonaire tout un chapitre qui est une remarquable mise au point de la question.

Tout récemment enfin (*Presse méd.*, mars 1926), dans un article écrit en collaboration avec J. Dalsace, il étend encore le domaine de la syphilis pulmonaire, en lui rattachant toute une série de formes méconnues jusqu'ici, parce que latentes ou larvées.

II. — Historique des travaux concernant les relations de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire.

L'énumération des travaux pouvant contenir quelque allusion aux rapports réciproques de la syphilis et de la tuberculose du poumon, risquerait de faire double emploi avec l'histoire de la syphilis pulmonaire proprement dite, telle que nous venons de l'esquisser. En effet, la plupart des auteurs que nous avons cités précédemment, ont indiqué, en maints endroits de leurs ouvrages, quelques uns des caractères respectifs des lésions syphilitiques et tuberculeuses du poumon, celles-ci précisant celles là, et soupçonné l'association éventuelle des deux ordres de lésions. Mais ces questions, bien qu'elles fassent partie intégrante du problème de la syphilis pulmonaire, n'ont été soulevées pen-

dant longtemps, que sous forme de brèves réflexions, à l'occasion d'un diagnostic différentiel, au hasard d'une observation. Ce n'est qu'à une époque relativement récente qu'une conception générale, réunissant des données jusque là épar- ses ou trop timides, a commencé à se faire jour.

L'influence de la syphilis sur l'état général, qui favorise la tuberculose, est déjà indiqué par Graves, Bazin, Ricord, Devergie. Un peu plus tard, Fournier (*Gazette hebdomadaire*, 1873) insiste sur cette même influence et en précise les modalités. Puis Landouzy, souligne l'aspect spécial que prend la tuberculose pulmonaire, lorsqu'elle évolue sur un terrain syphilitique ; la même idée est développée dans la thèse de Stieffel (Nancy, 1888), dans celle de Jacquinet (Paris, 1895) et par Etienne (Congrès de Montpellier, 1898).

Mais une place à part doit être réservée aux recherches du Pr Sergent qui, le premier, par une analyse approfondie de nombreux documents anatomo-cliniques, a montré la fréquence de l'association syphilo-tuberculeuse et l'importance de la notion d'hybridité de terrain et d'hybridité de lésions en pareille matière.

Ses premiers travaux (Soc. méd. des hôp., *Journal des praticiens*, *Archives générales de médecine*) paraissent en 1903 ; puis, c'est son livre *Syphilis et tuberculose* (1907), qui représente la première vue d'ensemble sur cette question ; puis la thèse de son élève Chabbert (1908) qui étudie la valeur séméiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis.

De multiples communications à la Société médicale, au Congrès de la tuberculose, portant sur de nombreuses observations, sont réunies dans les éditions successives de ses *Etudes cliniques* (1919, 1921, 1922, 1926).

Une communication à l'Académie de Médecine, en collaboration avec P. Cottenot (1^{er} mai 1923) mérite d'être soulignée tout particulièrement, parce que, pour la première fois, il est fait mention, à côté des caractères cliniques de la

tuberculose fibreuse des syphilitiques, des caractères radiologiques très spéciaux qui doivent dorénavant en présence d'une sclérose pulmonaire, évoquer l'idée d'un terrain syphilitique éventuel.

III. — Travaux concernant les bronchopathies syphilitiques proprement dites.

En ce qui concerne plus spécialement l'étude de la syphilis des bronches, il faut avouer que la plupart des auteurs, y compris les plus modernes, se sont à peu près exclusivement intéressés à la question de la dilatation bronchique.

Nous n'avons pas à insister sur cette dernière qui sort du cadre de notre étude, mais l'on sait que depuis que Tripier et Bériel ont montré la fréquence de la syphilis à l'origine des ectasies, les travaux se sont multipliés sur ce sujet tant en France qu'à l'étranger. Nous ne pouvons que citer les recherches de Cade et Jambon, Cade et Savy, celles de V. Hutinel et de ses élèves, Milhit et Nadal, celles de Bezançon, de Jong, Jean Hutinel et Azoulay, celles du P^r Sergent. Cette étude a en outre, bénéficié des progrès réalisés dans l'examen radiologique de l'arbre aérien grâce aux injections intratrachéales de lipiodol.

Les recherches par contre, sont beaucoup plus limitées en ce qui concerne la question des bronchopathies syphilitiques sans ectasies.

Bériel lui-même n'en parle qu'avec certaines réserves en mentionnant seulement les lésions de sclérose décrites par les auteurs allemands (Virchow, Hiller) sous le nom de « péri-bronchites ».

On trouve de plus, dans le livre de Florand, Flurin et François, la Thèse de Flurin (1910) quelques indications sur l'origine essentiellement syphilitique de certaines bronchites chroniques.

Cette question est traitée incidemment par Leredde (*Paris médical*, 15 septembre 1917) Ferranini (*Riforma medica*, 1915) nos 5 et 6), Castex et Romano (*Bronchopathias*, 1918).

La première vue d'ensemble de la question nous paraît avoir été donnée par J. Dalsace (Thèse Paris, 1919) qui étudiant d'une façon générale l'étiologie des bronchites chroniques, souligne la fréquence de l'origine syphilitique de ces bronchites.

Citons enfin les articles de Balzer (*Paris médical*, janvier 1923) et syphilis trachéo broncho-pulmonaire (in Traité Gilbert et Carnot 1922); celui de Mirande (in traité Sergent 1924); enfin M. Sergent, apporte à cette étude de nouvelles précisions cliniques et radiologiques dans ses grands *Syndromes respiratoires* (article : *Bronchite chronique et emphysème pulmonaire*, 1924).

Une toute dernière allusion à cette question est faite par Flurin (*Journal médical français*, août 1926, article : *Rhino-bronchite et emphysème pulmonaire.*)

Il est permis de formuler dès à présent à propos de la syphilis des bronches, une remarque analogue à celles que nous avons indiquées en parlant de la syphilis pulmonaire elle-même : si dans biens des cas la vérole peut suffire à expliquer logiquement l'existence d'une bronchopathie syphilitique, il ne faut pas oublier la fréquence de l'association syphilo-tuberculose, et ici encore M. Sergent dans une note déjà citée, écrite en collaboration avec Cottenot (Académie de médecine, 1923) n'avait pas manqué de signaler l'importance de cette notion d'hybridité.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

« Les manifestations tertiaires de la syphilis des viscères ne
« peuvent reposer sur de simples coïncidences, mais sur des
« caractères propres, fondamentaux pour ainsi dire, et ces
« caractères nous sont fournis uniquement par les lésions
« matérielles qu'il faut considérer comme la signature indé-
« lébile de la maladie qui les engendre » (1).

Il nous paraît indispensable en effet, et bien que nous ayons surtout en vue une étude clinique de la question, de rassembler, à la base de celle-ci, les quelques données essentielles capables de caractériser les lésions bronchiques au cours de la syphilis tertiaire. Nous ne chercherons cependant pas à entreprendre l'exposé anatomo-pathologique synthétique de la syphilis des bronches isolée en quelque sorte à l'état pur : s'il est vrai que la syphilis possède pour les bronches une remarquable affinité, il n'est pas moins certain que la syphilose bronchique, quels qu'en soient l'aspect et le degré, se trouve le plus généralement associée à un processus d'inflammation chronique des tissus voisins, dont il n'est guère possible de la séparer.

Parler de bronchopathie syphilitique en se plaçant au point de vue clinique, c'est sous-entendre anatomiquement l'existence de lésions aussi bien bronchiques que péribronchiques et, particulièrement sclérogènes. C'est ainsi, et nous y insisterons bientôt, qu'au syndrome clinique banal de bronchite chronique si fréquemment observé chez les syphilitiques,

1. Lancereaux, *Leçons de clinique médicale*, 1892.

correspond en réalité un syndrome anatomique qui n'est pas seulement représenté par des lésions de l'appareil bronchique, mais par une véritable sclérose pulmonaire péribronchique, traduisant l'existence autour des bronches d'une réaction néo-conjonctivo-vasculaire plus ou moins accusée suivant les cas.

Nous sommes donc conduits à envisager ici, moins les lésions de la syphilis bronchique proprement dite, que les diverses altérations susceptibles d'intéresser les bronches au cours de la syphilis pulmonaire considérée dans son ensemble.

Le terme de *syphilis broncho-pulmonaire*, communément employé en pareille circonstance, indique déjà la fréquence de l'association des deux lésions, et, de même qu'il n'y a pas de bronchopathies syphilitiques tertiaires sans réaction plus ou moins marquée du tissu environnant, il n'existe pas de pneumopathies syphilitiques sans altération profonde de l'armature bronchique.

Du même coup se trouve écartée une difficulté primordiale que semblait devoir nous faire craindre la rareté des observations concernant les cas authentiques de bronchopathies syphilitiques pures vérifiées à l'autopsie : l'étude de la syphilis broncho pulmonaire nous fournit des documents d'autant plus nombreux qu'on y peut faire rentrer non seulement les cas de syphilis pulmonaire avérée, mais encore les formes en quelque sorte latentes et dont l'existence n'est reconnue que par l'examen systématique des pièces prélevées à l'autopsie de sujets syphilitiques, sains en apparence, ou soignés leur vie durant pour quelque manifestation évidente, mais non pulmonaire, de la syphilis viscérale (aortite, tabès, cirrhoses spécifiques, etc.) Le fait qu'on y rencontre à côté des lésions bronchiques qui nous intéressent, de multiples altérations parenchymateuses interstitielles ou vasculaires, n'est pas pour nous embarrasser : ces altérations, au contraire, lorsqu'elles sont suffisamment caractéristiques, servent précisément de signature aux lésions bronchiques concomitantes dont elles soulignent la nature.

L'étude de ces lésions bronchiques faite pour ainsi dire sous le contrôle des altérations pulmonaires spécifiques qui les accompagnent, permettra de poser toute une série de jalons anatomiques, grâce auxquels il sera plus facile d'interpréter les lésions bronchiques lorsque celles-ci seront prédominantes au point d'apparaître seules en cause, constituant alors une forme particulière, la bronchite syphilitique proprement dite.

I. Lésions des bronches dans les cas de syphilis pulmonaire avérée. -- Dans cette catégorie rentrent les observations, de jour en jour plus nombreuses, de syphilis broncho-pulmonaire où se rencontrent tantôt un processus de syphilose gommeuse, le plus souvent un processus de sclérose, et parfois encore les deux processus associés. En un mot, la sclérose pleuro-pulmonaire dense parsemée d'îlots gommeux folliculaires, apparaît comme la formule la plus habituelle de ces pneumonies syphilitiques.

Nous n'avons pas à insister ici sur les caractères distinctifs *des gommes pulmonaires syphilitiques*.

Nous rappellerons seulement qu'elles ont dans le poumon, le même aspect que dans tout autre organe, et que le diagnostic différentiel avec des néoformations analogues, telles que les gommes tuberculeuses, par exemple, en est devenu classique depuis les travaux de Tripier, Bériel, Balzer, Letulle, pour ne citer que les plus importants.

A vrai dire les principales différences qui permettent de distinguer la gomme du tubercule (différence de siège, de volume, de couleur et de consistance, aspect particulier des lésions vasculaires), ne reposent bien souvent que sur des nuances. Mais ces nuances n'en sont pas moins importantes et suffisent bien souvent à éclairer le diagnostic.

Quant à la sclérose, résultant d'une inflammation pneumonique interstitielle chronique, elle est le plus généralement remarquable par l'intensité de son développement et sa tendance à la systématisation : constituant à la surface du

poumon de larges cicatrices étoilées, elle chemine dans sa profondeur sous forme de larges bandes fibreuses étendues du hile à la plèvre, dissèque en quelque sorte le lobe et les lobules, s'insinue entre les alvéoles, entoure les bronchioles et les vaisseaux. Le moins qu'on en puisse dire, c'est qu'à l'examen le plus superficiel et sur les préparations macroscopiques déjà, elle donne immédiatement une impression toute différente de celle que suggérerait par exemple une sclérose d'origine tuberculeuse, laquelle apparaît en règle générale beaucoup plus discrète et moins systématisée.

Le point sur lequel nous avons à insister maintenant concerne particulièrement le *système bronchique* : comment vont se comporter les bronches au milieu des multiples remaniements, nécrose ou réaction hyperplasique, dont l'appareil respiratoire est le siège ?

Ainsi que nous l'avons déjà signalé en faisant l'historique de la question, il suffit de compulsier la longue série d'observations parues depuis Lancereaux jusqu'à nos jours pour s'assurer que la remarquable prédilection de la syphilis pour les bronches a été notée par tous les auteurs.

L'existence de bronches dilatées ou rétrécies entourées d'un manchon fibreux souvent très épais, telle est la constatation que le simple examen macroscopique des pièces avait déjà permis aux premiers observateurs.

Vidal de Cassis dès 1855, signale dans sa célèbre observation la présence : « au niveau des lobes inférieurs, de ramifications bronchiques entourées par une masse indurée d'une certaine analogie avec le marbre vert de mer ».

Lancereaux à son tour insiste sur l'importance des lésions péribronchiques qu'il a observées en pareil cas ; « les bronches, dit-il, sont manifestement altérées et cette modification « bronchique est la règle ». Dans son observation XLIV, il note « l'absence de tubercules et l'existence de bronches épaissies ».

Mais les lésions bronchiques ne sont bien connues que

depuis les progrès de la technique histologique moderne.

Parmi les nombreuses observations recueillies par Bériel et concernant toutes les formes de la syphilis broncho-pulmonaire, nous retiendrons les cas où le tissu fibreux se localisant autour des bronches « forme comme un épaississement de celle-ci, et pénètre en rayonnant au niveau du hile ».

Plus tard Balzer reprenant cette étude montre une fois de plus que si la syphilis peut atteindre toutes les parties constituantes du poumon, elle a néanmoins une tendance à « dominer dans le système bronchique » : dans un premier degré les bronches présentent simplement une infiltration de leur paroi par des cellules embryonnaires ; puis l'infiltration cellulaire s'étend à distance, cependant que s'installe le début d'une sclérose des espaces conjonctifs interstitiels. Lorsque le tissu scléreux est constitué, il est représenté par un tissu conjonctif à bandes fibreuses épaisses, contenant des cellules plasmatiques, des vaisseaux de nouvelle formation, ce tissu fibreux se condensant surtout autour de la bronche et des vaisseaux qui l'accompagnent.

Il serait fastidieux d'insister plus longuement en reproduisant toute la série des faits analogues et tels que Virchow, Cornil, Darier, Patiño Mayer, Spangenberg, le Pr Bezançon, I. de Jong, en ont rapporté d'innombrables observations ; la constance de ces lésions bronchiques est si manifeste au cours de la syphilis pulmonaire qu'elle n'a pu échapper à aucun observateur.

Nous tenons cependant à invoquer encore le témoignage d'un cas particulièrement intéressant, étudié récemment par le Pr Letulle et concernant un malade de M. Widal.

Ce cas est spécialement instructif du point de vue de l'étude des lésions bronchiques, parce qu'on y trouve à côté des néoformations sclérogommeuses circonscrites ou diffuses les plus caractéristiques, toutes les variétés possibles de bronchopathie. Ces lésions mutilantes ou oblitérantes « sont

bien différentes, dit M. Letulle, des lésions bronchiques communément observées dans la tuberculose pulmonaire ». Bien qu'il s'agisse surtout ici d'une impression, nous ne pouvons nous empêcher de souligner la valeur considérable que prend une telle impression lorsqu'elle est notée par un auteur qui, depuis de longues années, étudie avec tant de soin, l'anatomie pathologique de la syphilis et celle de la tuberculose.

Mais la meilleure vue d'ensemble de la question nous semble avoir été donnée dans un travail que le Pr Sergent vient de publier en collaboration avec H. Durand (60), à propos de deux nouvelles observations de syphilis pulmonaire recueillies dans son service.

L'étude histologique de l'un et l'autre cas lui a montré que toutes les bronches sont atteintes, mais ces altérations peuvent se résumer en deux types principaux :

Ou bien *il s'agit d'un processus de sclérose hyperplasique* qui a surtout pour effet d'épaissir les parois de la bronche et de constituer autour d'elle une véritable coque protectrice « qui lui conserve sa forme, momentanément au moins » ;

Ou bien *il s'agit d'un processus destructeur et mutilant* qui infiltre la paroi bronchique, la réduit à l'état de parcelles éparses qui dans les cas extrêmes ne sont plus reconnues que difficilement, grâce à la persistance de quelques fragments d'épithélium cylindrique « flottant dans un magma central ».

Telles sont les principales observations où la constatation de lésions parenchymateuses ou interstitielles classiquement regardées comme syphilitiques, nous paraît susceptible d'affirmer la nature spécifique des lésions bronchiques qui les accompagnent. Une réserve s'impose toutefois, car l'interprétation étiologique de ces diverses productions sclérogommeuses n'est pas toujours des plus aisées ; un auteur de la taille de Laënnec n'a peut-être pas su les reconnaître, puisqu'on discute encore pour savoir si les observations XIX et XX du *Traité de l'Auscultation*, rattachées par Laënnec à la tuberculose, ne seraient pas en réalité imputables à la

syphilis, comme tendrait à le faire supposer par ailleurs, les lésions d'allure manifestement syphilitique qui coexistaient dans le foie. A l'heure actuelle, et malgré les perfectionnements de la technique histo-bactériologique moderne, la difficulté de la mise en évidence du tréponème dans les préparations, le fait qu'il peut d'ailleurs être confondu avec d'autres spirochètes d'un type voisin, mais d'ordre banal, prive l'anatomie pathologique d'un moyen de contrôle précieux. L'absence de tout bacille de Koch, la concomitance d'altérations spécifiques d'autres viscères n'apportent qu'un appoint, sans plus, à la cause de la syphilis.

En résumé, nous voyons qu'en présence de lésions importantes des bronches, l'idée de syphilis sera surtout évoquée s'il s'agit d'un processus de sclérose bronchique et péribronchique, faisant lui-même partie d'une sclérose lobaire plus ou moins étendue : seule la syphilis en effet, paraît capable de réaliser une réaction scléreuse aussi intense et systématisée à la fois. Par contre les lésions dégénératives ou suppuratives, principalement quand elles ont tendance à s'étendre aux alvéoles voisins sous forme de nodules péribronchiques nécrosants, ne sont peut-être pas uniquement imputables à la syphilis, et bien des cas d'ulcérations ou de cavernes bronchioliques sont-ils sans doute pour une certaine part le fait d'infections secondaires.

Pourtant dans cette hypothèse elle-même on ne rejette pas entièrement le rôle possible de la syphilis : il est bien rare qu'une bronchopathie ulcéreuse soit rencontrée à l'état isolé et qu'on ne puisse trouver alentour la sclérose portant la marque habituelle de la vérole. Il n'est donc pas interdit de penser que celle-ci fragilisant la bronche en premier lieu, n'a fait ainsi qu'ouvrir la voie à des infections secondaires.

II. Lésions des bronches dans la syphilis pulmonaire latente ou larvée. — Quelque intéressants que soient les faits signalés dans le chapitre précédent, les lésions

des bronches y apparaissent perdues en quelque sorte dans l'abondance des altérations du parenchyme environnant.

Bien plus, les cas typiques de syphilis broncho-pulmonaire avec des lésions sclérogommeuses considérables, sans constituer l'exception, ne sont pas cependant assez communs pour fournir la matière d'une étude suivie : l'examen du poumon de n'importe quel sujet syphilitique, même lorsque cet organe est normal en apparence, étend singulièrement notre champ d'exploration. En outre, les lésions bronchiques y étant plus discrètes, n'en demeurent que plus pures, et souvent même restent cantonnées sous forme d'îlots distincts au milieu d'un parenchyme encore sain qui en facilite la compréhension.

Déjà Balzer (3) avait insisté sur la nécessité de pratiquer systématiquement l'examen des poumons de tout sujet syphilitique.

Le professeur Letulle a repris avec son collaborateur J. Dalsac (39) l'étude des formes latentes ou larvées de la syphilis pulmonaire. Ceci ne veut pas dire évidemment que tout syphilitique présente à étudier des lésions pulmonaires, mais il est fréquent néanmoins de rencontrer à l'autopsie de sujets manifestement syphilitiques qui avaient été soignés leur vie durant pour une aortite, une cirrhose ou une néphrite spécifiques, quelques localisations pulmonaires de la vérole, plus ou moins accentuées et qui avaient évolué cliniquement à bas bruit.

MM. Letulle et Dalsace ont noté en pareils cas, l'existence de diverses lésions hyperplasiantes (sclérose intralobulaire et périlobulaire) ou mutilantes (bronchiolites végétantes ou ulcéreuses).

Parfois on pourra déceler au milieu des alvéoles, de petites formations gommeuses « submiliaires », bourrées de lymphocytes et de plasmocytes, sillonnées de capillaires bourgeonnants et qui évoquent bien l'idée de spécificité.

En ce qui concerne spécialement l'appareil bronchique, il

faut noter d'une part l'existence de foyers scléreux annulaires péribronchiques, et la présence d'autre part de bronchiolites mutilantes évoluant vers l'ectasie ou l'oblitération.

Nous nous sommes efforcés de retrouver ces diverses particularités dans les observations suivantes ;

OBSERVATION I

M Ch..., 65 ans, aortite syphilitique.

Poumons en apparence normaux.

Aucune altération visible sur les coupes macroscopiques.

L'examen histologique n'a permis de reconnaître aucune lésion mutilante du parenchyme ou du système bronchique. Par contre, sur quatre coupes microscopiques, nous avons distingué très nettement l'existence d'un et parfois deux petits placards scléreux centrés par une bronche. Les parois du conduit aérien sclérosé étaient notablement épaissies. Une coloration à l'orcéine permettait de mettre en évidence un important anneau fibreux péribronchique où les fibres élastiques étaient particulièrement abondantes. En outre, le tissu néoformé tendait à s'immiscer dans les espaces interlobulaires et entre les alvéoles comme pour amorcer une ébauche de sclérose systématisée, périlobulaire et intra-alvéolaire.

Pas de lésions vasculaires.

OBSERVATION II

M. N .. vieillard de 78 ans, atteint de syphilis cérébrale avec réaction de B. W. très positive.

Poumons également normaux en apparence.

Mêmes constatations histologiques que précédemment, mais beaucoup plus discrètes encore : sur trois coupes microscopiques seulement nous avons vu les bronches entourées d'une sclérose annulaire et hyperélastigène. De cet anneau péribronchique ne se

détachaient que très timidement quelques prolongements fibreux, qui par l'intermédiaire des espaces interlobulaires semblaient vouloir aller circonscrire les alvéoles des lobules voisins.

De place en place nous avons noté, immédiatement à côté de ces ébauches de sclérose systématique, l'existence de discrètes lésions vasculaires, sous la forme d'une veine ou d'une artère cerclées d'un mince anneau fibreux.

OBSERVATION III

M Gil... 54 ans, tabès, aortite abdominale.

Bien qu'ici encore les poumons soient normaux en apparence, il existe diverses lésions histologiques qui sont à la fois plus discrètes et plus diffuses que dans les deux observations précédentes ; plus diffuses, parce que toutes les bronches sans exception sont *entourées d'un manchon scléreux* où dominent les fibres élastiques ; plus discrètes, parce que tout en étant très net, cet épaississement de la paroi bronchique semble encore près de son début, et parce que les néoformations fibreuses n'ébauchent qu'en de rares endroits un envahissement des espaces interlobulaires voisins.

Il existe sur une coupe seulement un petit placard de sclérose où cette tendance envahissante peut-être affirmée.

On ne trouve nulle part d'ilots folliculaires. Les vaisseaux sont tous congestionnés, mais sans altération de leurs parois.

III. Lésions des bronches au cours des bronchopathies syphilitiques proprement dites. — Les lésions qui sont à la base des bronchopathies syphilitiques tertiaires, c'est à-dire les lésions correspondant au syndrome clinique de bronchite chronique, doivent être théoriquement identiques à celles qui atteignent les bronches au cours de la syphilis pulmonaire, telle que nous l'avons envisagée précédemment.

La rareté relative des autopsies concernant les cas purs de bronchites chroniques syphilitiques, ne permet de s'en assu-

rer qu'assez imparfaitement et n'autorise en somme à raisonner que par analogie.

Dans la syphilis bronchique en effet, plus encore que dans la syphilis pulmonaire proprement dite où l'abondance des lésions entraîne en général une évolution fatale plus précoce, les observations ne sont pas nombreuses où l'on peut confronter d'une manière satisfaisante les données cliniques aux constatations anatomo-pathologiques. Même dans les cas où des autopsies ont pu être faites, l'affection ayant comporté souvent une survie prolongée, on se trouve en présence de lésions infectieuses surajoutées ou de lésions scléreuses banales qu'il devient alors fort ardu de caractériser.

Toutefois nous allons voir qu'un certain nombre de faits conduisent à se représenter l'idée anatomique de bronchite chronique par l'image d'une sclérose pulmonaire essentiellement péribronchio-alvéolaire.

M. Letulle a repris récemment l'étude de ces scléroses systématiques du poumon (33) où les néoproductions scléreuses sont disposées autour des bronches et possèdent diverses particularités qui indiquent leur nature syphilitique.

Dans ces cas, il a décrit au centre des lobules un véritable nodule inflammatoire néo-conjonctivo-vasculaire occupant la place de la bronche dont il a détruit toutes les couches.

Cette « bronchite végétante » pousse autour d'elle des prolongements conjonctivo-vasculaires qui suivent les ramifications bronchio-acineuses ». La lésion lobulaire, dit M. Letulle, est essentiellement caractérisée par une inflammation interstitielle subaiguë et progressive, laquelle s'insinue entre les ramifications aériennes, en disséquant pour ainsi dire les acini avec leurs pédicules bronchioliques atteints eux aussi d'inflammation chronique. »

Quant à la nature de cette sclérose systématique, elle est suggérée par sa disposition topographique elle-même qui ne s'observerait jamais en cas de tuberculose, et par le fait que « mutilante au plus haut chef pour l'armature

élastique générale de l'appareil bronchio-alvéolaire, la vérole est susceptible de respecter jusqu'à un certain point la texture générale des canaux excréteurs. « En outre, au milieu des productions scléreuses hyperplasiques, riches en cellules et en néovaisseaux, on rencontre par endroits de véritables formations folliculaires, fort comparables aux formations gommeuses de la syphilis.

Munis de ces renseignements importants, nous nous sommes efforcés, à notre tour, d'étudier les pièces recueillies à l'autopsie d'un malade dont voici l'observation résumée :

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. Monier-Vinard (1).)

M. J.-B... Du..., âgé de 45 ans était hospitalisé depuis 1922 au sanatorium Clémenceau, à Bicêtre.

Le début de l'affection remontait à 1915, époque à laquelle le malade fut évacué du front pour asthénie progressive, toux persistante, accompagnée d'expectoration. Après trois mois de repos, il est envoyé dans une usine de gaz de guerre.

La guerre terminée, il continue à tousser et à cracher, mais n'a jamais présenté d'hémoptysies.

A l'examen (octobre 1922), on trouvait un syndrome de bronchite chronique caractérisée par la présence de râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

En outre, existence de matité dans la fosse sus-épineuse droite, respiration soufflante et quelques crépitations après la toux à ce niveau.

La radioscopie donnait à ce moment l'image suivante :

Obscurité des deux sommets, surtout à droite ;

Opacité de la région sterno-claviculaire droite ;

1. Nous tenons à remercier ici notre Maître, le Dr Monier-Vinard, de nous avoir donné si aimablement l'autorisation de nous servir de cette observation.

Champ pulmonaire gauche présentant de nombreuses travées de condensation dans toute son étendue ;

Gros tractus bronchique, partis du hile des deux côtés, avec infiltration péribronchique ;

Spélonque probable dans le lobe supérieur droit.

Examen des crachats. — La recherche des bacilles de Koch d'abord négative, devient positive trois mois plus tard.

Les renseignements complémentaires recueillis sur ce malade sont malheureusement très incomplets.

On peut seulement donner pour certaine la notion de syphilis dans ses antécédents.

Pendant les trois ans qu'il a passé à Bicêtre, il a continué à tousser et à cracher, son état général demeurant relativement bon.

Enfin, au mois de décembre 1923, apparaissent les premiers symptômes de défaillance cardiaque et le malade en quinze jours succombe dans l'asystolie.

L'autopsie est pratiquée le 15 décembre 1923.

Les deux poumons sont durs et tuméfiés, très fortement adhérents surtout le sommet droit qui est déchiré en partie au cours de son ablation de la cavité thoracique.

On est tout de suite frappé par l'existence, à la base des deux poumons, de nombreuses formations d'un type tout à fait particulier : ce sont de petites tumeurs kystiques absolument comparables tant au point de vue de la forme que du volume à des grains de raisin.

Leur paroi est mince et tendue : en les effondrant, on se rend compte qu'ils ne contiennent que de l'air et correspondent vraisemblablement à des alvéoles emphysémateux boursofflés.

A la palpation on reconnaît à la surface et dans la profondeur des deux poumons, l'existence de nombreux petits nodules indurés donnant l'impression de grains de plomb disséminés.

La coupe, d'une dureté extraordinaire, montre que ces nodules appartiennent aux parois bronchiques qui apparaissent par places remarquablement épaissies jusque dans leurs plus fines ramifications.

En présence de cette dureté véritablement cartilagineuse que donne l'ensemble des deux poumons, on ne peut s'empêcher de sou-

lever l'hypothèse d'une hyperplasie cartilagineuse envahissante et d'une maladie kystique des poumons.

Néanmoins les bronches ne semblent dilatées en aucune portion de leur trajet et seules leurs parois sont anormalement épaisses et dures.

A noter enfin dans le lobe supérieur droit, la présence d'une spéléonque unique de la taille d'une petite noix, vide de tout contenu, dont la paroi est également d'une épaisseur considérable et d'une dureté absolument ligneuse et dont on peut suivre l'abouchement avec trois grosses bronches du voisinage.

Etude histologique. — Des fragments de poumon ont été coupés en divers points du parenchyme et dans les parois des bronches de tout calibre.

L'étude histologique prouve immédiatement que malgré l'impression du début, il n'y a nulle part ni ectasie bronchique, ni hyperplasie cartilagineuse.

L'extraordinaire dureté constatée à l'examen macroscopique est uniquement due à l'énorme prolifération du tissu de sclérose.

Celle-ci a une disposition nettement systématique : elle constitue autour des bronches de véritables anneaux, dont l'épaisseur est directement proportionnelle au calibre du conduit, mais qui sont reconnaissables jusque dans les bronchioles les plus fines.

Partie de la paroi bronchique, la sclérose s'étend aux espaces interstitiels environnants, autour des lobules qu'elle encadre, et à l'intérieur des lobules dont elle dissèque, comprime et fragmente les cavités alvéolaires.

Les vaisseaux ne sont pas épargnés, et si l'endartérite y est difficile à déceler, par contre, nombre d'artérioles se trouvent encadrées par un processus de périartérite.

Quant à la sclérose elle-même, elle est représentée par un tissu néoformé où dominent les fibres collagènes et les capillaires.

Enfin de place en place on trouve des îlots folliculaires riches en plasmocytes et qui évoquent l'idée de gomme syphilitique (Cf. fig. 1 et 2).



FIG. 1. — Gros. 40. *Sclérose systématique périlobulaire et péri-alvéolaire.* Les espaces interlobulaires sont considérablement épaissis, et les lobules sont circonscrits par de larges anneaux. Les alvéoles sont comprimés, aplatis, étirés. Remarquer les nombreux néo-vaisseaux, et, à l'extrémité droite de la préparation, un fragment d'îlot folliculaire. (Cf. Schéma I, p. 34).

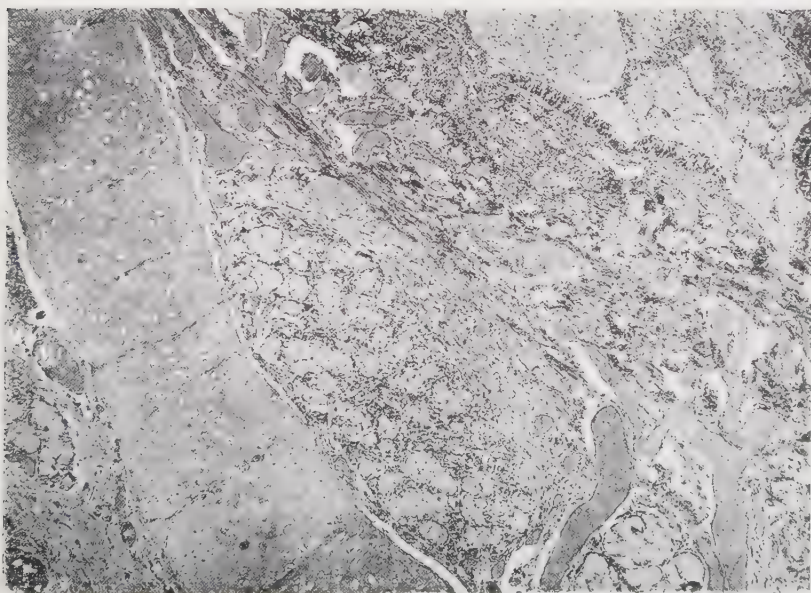


FIG. 2. — Gros. 35. *Lésions mutilantes d'une bronche.* La bronche est manifestement mutilée. On reconnaît encore son cartilage, les vestiges de son épithélium, et ses glandules. Remarquer l'infiltration cellulaire inflammatoire à la partie supérieure de la préparation. (Cf. Schéma I, p. 34).

On remarquera que bien que syphilitique avéré, le malade de l'observation précédente n'en était pas moins un tuberculeux dont les crachats contenaient des bacilles. Il est également bon de retenir qu'il avait travaillé dans une usine de gaz asphyxiants et bien que les renseignements concernant la durée de son séjour dans cette usine manquent de précision, ils ne doivent pas être tenus pour négligeables. M. Sergent n'a-t-il pas signalé la fréquence des lésions de sclérose broncho-pulmonaire chez un grand nombre d'anciens gazés de guerre ?

Dans le cas particulier, l'association vraisemblable de ces trois facteurs étiologiques, la syphilis, la tuberculose, les gaz, rend difficile toute distinction tendant à établir la part de chacun d'eux. Nous inclinons néanmoins à penser étant donné le caractère systématique de la sclérose, que celle-ci a dû être avant tout commandée par la syphilis, et c'est également l'avis du professeur Letulle qui a bien voulu examiner nos coupes. Il serait sans doute intéressant, pour préciser cette impression de syphilis suggérée par la sclérose systématique, de rechercher par comparaison les caractères distinctifs de la sclérose pulmonaire d'origine tuberculeuse ou consécutive à des inhalations de gaz irritants.

Nous n'avons pu malheureusement nous procurer le moindre échantillon de sclérose pulmonaire rattachable à cette dernière cause. Par contre nous possédons diverses pièces provenant d'un poumon atteint de tuberculose fibreuse pure, et il suffit de les examiner parallèlement à celles de l'observation précédente, pour se convaincre que la sclérose y prend un aspect bien différent.

Voici cette nouvelle observation concernant un tuberculeux avéré, mais chez lequel aucun examen clinique ou sérologique, non plus qu'aucune constatation nécroscopique, ne permettrait de songer à la syphilis.

OBSERVATION V

(Etude anatomo-pathologique.)

M. M..., tuberculose des deux poumons.

Macroscopiquement. — *A droite*, tuberculose fibreuse anthracosique dense, occupant tout le lobe supérieur avec extension triangulaire à base externe dans le lobe inférieur ; surface grenue, grise ardoisée, verdâtre ; symphyse scissurale ; sommet adhérent.

A gauche, même processus moins accusé, œdème congestif de la base.

Au point de vue histologique, on note immédiatement l'existence de nombreux îlots de sclérose, presque confluents par endroits ; mais cette sclérose ne semble avoir aucune tendance à se systématiser : bien au contraire, elle s'avance au milieu du parenchyme et des espaces interstitiels qu'elle découpe comme au hasard, et sans aucune tendance à dessiner des anneaux périlobaires ou péribronchiques. Les cloisons interlobulaires en particulier, envahies irrégulièrement, peuvent envoyer de place en place quelques prolongements capricieux mais ne paraissent nullement hyperplasiés dans leur ensemble.

Par ailleurs, beaucoup de bronches, quoique mutilées à l'extrême ne présentent aucune tendance à répondre à ces attaques par un processus d'inflammation chronique : tout se passe comme si, surprises en quelque sorte, elles se laissaient détruire sans réagir.

Il en est de même de la plupart des vaisseaux, qui ne semblent qu'assez exceptionnellement entourés d'une gangue de sclérose à peine indiquée.

Enfin, on ne trouve au centre du tissu de sclérose que quelques rares capillaires, ce qui contraste avec la richesse toute particulière de la sclérose syphilitique en néovaisseaux.

Mais ce qui imprime à ces lésions la marque de la tuberculose c'est la présence de larges follicules, voire de cellules géantes, la

substance caséuse détruisant en maints endroits et sans aucun ordre tous les éléments de tissu pulmonaire qui peuvent se trouver englobés au milieu d'elles (cf. figure 3).



FIG. 3. — Gros. 40. *Sclérose tuberculeuse*. Il ne s'agit plus ici d'une sclérose systématique. Le tissu fibreux traverse les lobules au hasard, respectant certains acini et détruisant les autres. Remarquer la présence de follicules tuberculeux typiques.

(Cf. Schéma II, p. 35).

Il est à noter toutefois que la sclérose tuberculeuse, bien que n'ayant, nous l'avons vu, aucune tendance à s'ordonner en travées régulières et à se systématiser, semble ébaucher de temps à autre autour de quelques follicules isolés, un timide anneau de fibres élastiques. Ceci est précisément à opposer aux habitudes de la sclérose syphilitique, qui bien que systématique à l'extrême, n'a aucune tendance à limiter ses follicules gommeux, qui paraissent en général noyés au milieu d'elle.

On pourrait essayer de résumer ces quelques caractères distinctifs entre scléroses syphilitique et tuberculeuse au moyen des schémas suivants (schémas I et II, p. 34 et 35).

Ceux-ci montrent bien, en effet, que, tandis que la sclérose syphilitique est à la fois systématique et massive, procédant par larges travées qui séparent les lobules et entourent les bronches épaissies ou mutilées, la sclérose tuberculeuse, plus discrète et moins ordonnée, s'avance au hasard des espaces intersticiels, détruisant les bronches qu'elle peut rencontrer sans les circonscrire au préalable.

En outre, dans la syphilis on trouve des îlots folliculaires, nombreux, très étendus, riches en plasmocytes et en néovaisseaux, infiltrant souvent le parenchyme sans aucune limitation; à la tuberculose au contraire appartiennent les cellules géantes circonscrites par du tissu fibreux et ce sont les seules formations que la sclérose tuberculeuse semble vouloir circonscrire d'une manière élective.

Nous ne nous dissimulons pas ce que cette schématisation peut avoir d'artificiel : l'interprétation anatomique d'une sclérose broncho-pulmonaire en l'absence de toute indication anamnétique ou bactériologique, est le plus souvent bien délicate et le diagnostic étiologique n'en est habituellement qu'une affaire d'impression.

En pratique deux cas pourront se présenter : ou bien on rencontre immédiatement au milieu du tissu fibreux des

SCHÉMA I
(d'après l'observation IV)
a) *Sclérose syphilitique*



Elle est systématique, large et abondante; épaissit les espaces interlobulaires (ei), circonscrit les lobules par de larges anneaux (a), contient de nombreux néovaisseaux (nv), enfin des îlots folliculaires, riches en plasmocytes, sont noyés en pleine sclérose (if).

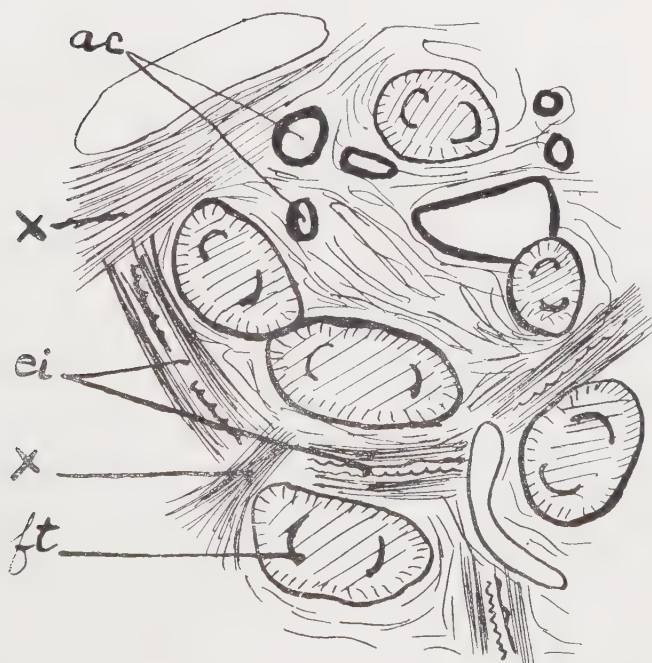
b) *Lésions bronchiques dans la syphilis*



La bronche reconnaissable à son cartilage (c), ses glandes (g) et les vestiges de son épithélium (e) est manifestement mutilée, mais se défend par une inflammation réactionnelle chronique (ir) et s'entoure d'un épais manchon scléreux (ms).

SCHÉMA II
(d'après l'observation V)

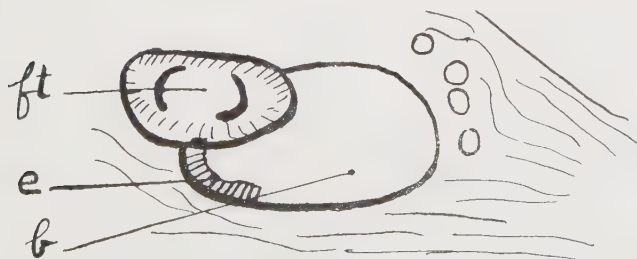
a) *Sclérose tuberculeuse*



Elle n'est pas systématique, traverse les lobules au hasard, respectant certains acini (ac) et détruisant les autres; parcourt les espaces interlobulaires (ei), mais sans les épaissir particulièrement et les mutilant par endroits (x).

Elle est pauvre en néovaisseaux; enfin, elle contient des follicules tuberculeux typiques (ft).

b) *Lésions bronchiques dans la tuberculose*



La bronche (b) est également mutilée à l'extrême et l'on ne peut plus que deviner une frange d'épithélium (e); une cellule géante (ft) l'envahit, mais elle se laisse détruire sans réagir;

Absence de sclérose systématique aux environs.

lésions typiques, gomme ou tubercule, qui emportent le diagnostic; ou bien ces dernières font défaut et seul le caractère systématique de la sclérose, lorsqu'il est net, permettra d'évoquer tout au moins la possibilité d'une origine syphilitique.

Ce qui complique encore la question, c'est l'association si fréquente dans le même poumon de la syphilis et de la tuberculose. Si, comme dans notre observation IV, les caractères de l'une paraissent nettement l'emporter sur l'autre, il est loin d'en être constamment ainsi, et l'on pourra se trouver ailleurs en présence de placards scléreux plus ou moins denses, où nulle des nuances précédemment indiquées ne saurait faire la preuve, ou donner le moindre soupçon, de la nature du processus sclérogène en jeu.



Des différents faits anatomo-pathologiques qui viennent d'être exposés et qui concernent tant la syphilis pulmonaire avérée que la syphilis pulmonaire latente et les bronchopathies syphilitiques proprement dites, se dégagent finalement quelques principes généraux sur lesquels nous tenons une fois encore à attirer l'attention.

Un premier point reste acquis, c'est l'affinité indéniable de la syphilis pour les bronches, le système bronchique constituant à la fois le centre, et pour ainsi dire, le fil conducteur des lésions : le centre, parce que, sans vouloir en déduire aucune conclusion d'ordre pathogénique, on a constamment l'impression que les diverses altérations parenchymateuses ou interstitielles précitées, se groupent autour d'un canal aérien ; le fil conducteur, parce que les lésions sont dirigées, en quelque sorte, le long des axes broncho-vasculaires qui paraissent les guider du hile à la périphérie.

D'ailleurs on ne peut pas ne pas être surpris, dès les pre-

miers examens, du fait que les vaisseaux sont relativement moins atteints que les bronches ; on trouvera bien, de place en place, quelques lésions d'endo ou de péri-artérite, mais la syphilis tertiaire, qui, dans la plupart des organes, reins ou foie, par exemple, est manifestement *vasculaire*, semble, quand il s'agit des poumons, être avant tout *canaliculaire* (1).

Peut-être existe-t-il pourtant, certains cas très particuliers où la syphilis, délaissant le système bronchique, s'attaque à celui de l'artère pulmonaire : nous voulons parler des observations, du reste fort discutées, de sclérose diffuse de l'arbre artériel pulmonaire, quasi-généralisée et s'étendant jusqu'aux plus fins ramuscules du vaisseau. Dans ce cas, le système bronchique serait respecté, mais il faudrait encore prouver, ce qui est loin d'être fait, que la syphilis ainsi que le voudraient Rogers, Arrillaga, Escudero, est réellement responsable de ces scléroses de l'artère pulmonaire.

Si cette hypothèse se trouvait justifiée, notre formule précédente tendant à indiquer que, dans le poumon, la syphilis est avant tout canaliculaire, devrait être évidemment modifiée.

Une différence essentielle entre la syphilis du poumon et celle des autres viscères n'en subsisterait pas moins : la vérole en s'installant dans le poumon établirait en effet une véritable sélection ; alors que dans la plupart des organes, elle frappe à la fois les vaisseaux et le parenchyme, elle semblerait dans le poumon ne vouloir s'attaquer que séparément au système bronchique ou à celui de l'artère pulmonaire ; mixte et vasculo-glandulaire ailleurs, elle serait ici électivement canaliculaire dans la majorité des cas, et susceptible, dans quelques cas seulement, d'être strictement vasculaire.

Mais la conception des auteurs argentins qui cherchent à

1. Afin d'éviter toute équivoque, nous tenons à préciser que les termes « vasculaire » et « canaliculaire » sont pris ici dans un sens purement anatomique et sans aucune arrière-pensée d'ordre pathogénique.

incriminer la syphilis dans la maladie d'Ayerza-Arrillaga, est loin, avons nous dit, d'avoir été prouvée jusqu'ici. En tout état de cause, rien n'empêche de conclure d'une façon générale à l'affinité toute particulière de la syphilis pour le système bronchique ; *si elle ne dédaigne pas les vaisseaux pulmonaires, c'est la bronche qu'elle aime avant tout.*

Si de plus, on considère maintenant avec Laguesse, que les alvéoles continuent directement les ramifications bronchiques et que le canal alvéolaire ne représente qu'une bronchiole adaptée à l'hématose, de sorte que le poumon tout entier n'est qu'un épanouissement des bronches, on conçoit que les lésions observées puissent être rencontrées en n'importe quel point de l'arbre trachéo-broncho-alvéolaire, dont le parenchyme pulmonaire lui-même n'est pas distinct. Par suite, le même processus inflammatoire de syphilose circonscrite ou diffuse pourra atteindre indifféremment la trachée, les grosses bronches, les bronchioles et les acini ; tout en suivant l'axe bronchique jusqu'à ses plus fines ramifications, il ne pourra donc pas laisser indemne le parenchyme environnant qui en fait intégralement partie, et ainsi se trouveront constituées les diverses formes anatomiques de la syphilis pulmonaire, dont la sclérose péribronchique accompagnée ou non d'adénomédiastinite est le type anatomique le plus commun.

Mais s'il est vrai que la syphilis frappe indistinctement n'importe quelle partie de l'arbre aérien, il est évident qu'elle le peut léser à des degrés très différents : suivant l'intensité des processus sclérosants ou mutilants que nous avons signalés chemin faisant, les bronches réagiront par le simple épaississement de leurs parois, l'oblitération ou l'ectasie sous toutes ses formes. Nous n'en voulons pour preuve que la coexistence de ces divers modes de réaction, maintes fois constatée à l'examen, d'une seule et même préparation : en particulier, la sclérose pulmonaire systématique, et principalement péribronchique, telle que M. Letulle l'a décrite,

se rencontrera fréquemment au voisinage immédiat de certaines dilatations des bronches.

L'ectasie bronchique est en effet le terme ultime d'une désorganisation vers laquelle tend un double processus d'ulcération et de sclérose rétractile. Mais nous avons volontairement omis de parler jusqu'à présent d'une lésion qui a fait l'objet de tant de travaux modernes et dont la connaissance est aujourd'hui trop bien établie pour que nous ayons à y insister encore : il nous paraît plus intéressant de souligner un point qu'il est accoutumé de laisser dans l'ombre : c'est le fait qu'avant d'atteindre à la dilatation, la bronche subit toute une série de modifications préparatoires et que cette étape intermédiaire peut n'être jamais dépassée.

Pour reprendre une comparaison qui nous est chère, il en est de la bronchite chronique comme de l'aortite syphilitique ; de même qu'il existe une aortite chronique sans ectasie, on peut décrire une bronchite chronique non ectasiente ; mais que cette bronchite chronique puisse dans certains cas préparer le terrain à une future dilatation des bronches, nous en conviendrons d'autant plus volontiers que, pour continuer notre comparaison, une aortite d'abord simple est susceptible d'évoluer vers l'ectasie, sans que cette dernière éventualité ait jamais paru à personne illogique ni même paradoxale (1).

Notons en outre, que dans les deux cas, il s'agit d'une même infection, la syphilis, capable à la même période tertiaire, de frapper les parois de deux conduits également riches en éléments élastiques. Or, la syphilis, qui, en général, est « une grande destructrice de tissu élastique », est cependant

1. Il ne faudrait cependant pas pousser la comparaison à l'extrême et pour répondre à une objection susceptible de nous être opposée, remarquons que si l'on peut parler de *dilatation aortique sans ectasie*, alors qu'une pareille expression serait dépourvue de sens à propos des bronches, c'est simplement parce que le terme *dilatation* a reçu des significations différentes suivant qu'il sert à désigner des lésions bronchiques ou aortiques. Par contre la comparaison demeure entière en ce qui concerne le mot *ectasie*.

capable, comme l'a indiqué M. Letulle, en ce qui concerne spécialement les bronches, de se montrer « hyperélastigène.

Ces deux tendances contradictoires peuvent-elles se retrouver par l'étude de l'armature élastique de l'aorte au cours de l'aortite syphilitique ? M. Letulle a bien voulu nous confirmer oralement que l'on pouvait, dans certains cas, résoudre cette question par l'affirmative, et ainsi se trouverait complétée la similitude entre les réactions des bronches et celles de l'aorte vis-à-vis de la syphilis.

Quoi qu'il en soit de cette comparaison, on peut admettre avec des réserves de détail, qu'à côté de l'ectasie bronchique, ou plus exactement *avant elle*, une place spéciale doit être donnée à l'ulcère bronchopathique et à la sclérose péribronchique.

Isolées ou combinées en proportions diverses, ces deux dernières lésions peuvent donc se maintenir dans le *statu quo*, ou évoluer, suivant la prédominance de l'une d'elles, vers l'ectasie ou vers l'oblitération bronchique. Elles représenteraient donc plutôt la cause que la conséquence de ces modifications ultimes des bronchopathies, en même temps qu'elles constitueraient la véritable base anatomique des bronchites chroniques syphilitiques.

Ces particularités sont du reste soupçonnées depuis longtemps : Bériel insiste déjà sur la possibilité d'états bronchiques chroniques syphilitiques sans ectasie, et correspondant anatomiquement à des scléroses pulmonaires.

Seulement, nous l'avons déjà signalé, dans les cas où il n'y a pas de lésions gommeuses associées, il est souvent difficile d'attribuer à cette sclérose une spécificité anatomique. C'est l'étude serrée des faits radiologiques et cliniques et surtout la confrontation de ces différents faits entre eux, qui va nous montrer que les premiers observateurs ont sans doute été un peu timides en matière de syphilis bronchique et que celle-ci est non seulement fréquente, mais encore doit pouvoir être dépistée assez tôt dans la très grande majorité des cas.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Les résultats fournis par la radiologie nous semblent devoir être exposés immédiatement à la suite du chapitre d'anatomie pathologique que nous venons d'esquisser. Tout en nous excusant de présenter d'emblée nos malades à l'écran, avant même d'avoir abordé l'étude de leurs observations cliniques, nous pensons que cette dérogation aux usages classiques est justifiée ici par diverses considérations.

S'il est difficile, ainsi que nous y avons déjà insisté, de mettre en parallèle, dans le cas particulier des bronchites chroniques syphilitiques, les faits cliniques et les types anatomiques, il est aisé par contre de superposer les uns et les autres, pris séparément, à des images radiologiques ; la radiologie, « véritable autopsie sur le vivant », comme se plaît à le dire le Pr Sergent, établit ainsi un point commun de comparaison entre la clinique d'une part et l'anatomie pathologique d'autre part, et notre sujet pour lequel on pouvait craindre au premier abord l'absence d'une base anatomique solide, se trouve donc reposer désormais sur des données anatomo-radiologiques valables.

En parlant de l'anatomie pathologique en effet, on conçoit *a priori* que les différentes formes de lésions scléreuses précitées, constituent autant de facteurs capables de réaliser chez le vivant une cause d'opacité aux rayons X. Bref, ce sont ces causes opacifiantes que nous nous proposons d'analyser maintenant.

Déjà le simple examen macroscopique des pièces permet de classer sous cette dénomination :

1° LES BRONCHES parce que les lésions sclérosantes, voire hyperélastiques dont elles peuvent être le siège, sont toujours suffisamment denses pour arrêter les rayons ; bien plus, si ces lésions sont columnaires, on prévoit qu'elles se traduiront radiologiquement par des lignes, et, vues de face, c'est-à-dire « en coupe », les grosses bronches, cerclées de noir, figureront d'épais anneaux ;

2° LES VAISSEAUX, bien qu'ils soient dans les poumons, nous l'avons dit, moins affectés par la syphilis que les bronches, peuvent jouer un rôle analogue ; le P^r Letulle a décrit des panartérites et des panphlébites hyperélastigènes dont l'opacité paraît évidente ;

3° LE TISSU INTERSTITIEL est *opacifiant* par plusieurs causes

a) Par la gangue péri-broncho-artérielle, souvent sclérosée alors même que les vaisseaux restent intacts.

b) Par les cloisons interlobaires épaissies.

c) Par les travées que la sclérose pleurale (sclérose pleurogène de Brouardel), peut envoyer sous forme de larges colonnes tout le long des espaces interlobulaires.

La pachypleurite partielle joue également son rôle de cause opacifiante.

d) Enfin la paucilobulite et la pneumonie scléro-gommeuse interviendront à des titres divers pour intercepter les rayons.

La démonstration de ces diverses hypothèses nous a été fournie d'une façon irréfutable par l'étude radiologique du poumon de l'observation IV exposée plus haut, page 26, au chapitre de l'anatomie pathologique : la pièce durcie au formol et examinée à l'écran, puis radiographiée, nous a donné des images exactement superposables à celle qui avait été obtenue du vivant du malade d'une part, et à celle qu'évoquait d'autre part, le simple examen à l'œil nu des gros tractus de sclérose péribronchique, interlobulaires et interlobaires, manifestement visibles sur la pièce macroscopique.

Ainsi se trouve justifié le raisonnement syllogistique qui nous avait conduit à conclure de l'aspect anatomique d'une lésion par la seule vue de son image radiologique ; l'un et l'autre sont superposables au même ensemble de symptômes cliniques.

Nous nous hâtons d'ajouter que de telles considérations ne sont acceptables qu'en raison de la rareté des autopsies concernant les cas purs de syphilis des bronches. Une exploration radiologique ne saurait évidemment avoir la valeur d'une étude finement histologique ; mais c'est un pis aller, qui, au point de vue de l'interprétation anatomique des faits cliniques, nous a paru suffisant dans la majorité des cas.

Afin de compléter la comparaison avec l'anatomie pathologique nous suivrons ici un plan analogue à celui que nous avons adopté dans le chapitre précédent et nous indiquerons successivement les aspects radiologiques des images bronchiques :

- 1° Au cours de la syphilis pulmonaire avérée ;
- 2° Au cours de la syphilis pulmonaire latente ;
- 3° Enfin, dans les bronchopathies tertiaires proprement dites.

I. — Images bronchiques au cours de la syphilis pulmonaire avérée

Les images bronchiques passent tout à fait au second plan en cas de syphilis broncho pulmonaire avérée ; l'existence de tractus fibreux broncho-vasculaires et de mabrures plus ou moins serrées du champ pulmonaire, apparaissent comme accessoires à côté des anomalies beaucoup plus considérables que dessinent à l'écran ou sur les clichés les vastes placards de sclérose ou les gommes de la pneumosyphilose tertiaire. On trouve alors de larges ombres à contours polycycliques, (Bensaude-Emery), des images cavitaires (Jacob) ou une

opacité presque complète d'un héli-thorax avec rétraction du thorax, déviation de la trachée et du médiastin (comme dans un des cas de Sergent et Durand) En un mot, selon l'expression de Mirande, « il n'y a pas de syndrome radiologique de la syphilis tertiaire du poumon » et l'on comprend que suivant l'intensité du processus sclérosant ou gommeux, on pourra trouver les images les plus diverses et les plus étendues, auprès desquelles les lésions bronchiques concomitantes n'occupent qu'une place de second ordre.

II. — Images bronchiques au cours de la syphilis pulmonaire latente.

Nous avons maintes fois observé en examinant aux rayons X, des thorax de sujets syphilitiques, aortiques, ou tabétiques, par exemple, de larges arborescences bronchiques, qui, parties du hile, s'étendent en éventail sur les champs pulmonaires.

Il est certes impossible à première vue d'affirmer qu'il s'agit là, à coup sûr, de sclérose bronchique syphilitique. Toutefois, lorsqu'une enquête étiologique minutieuse a montré l'absence de toute atteinte antérieure du poumon par la tuberculose ou une affection sclérosante quelconque, on est en droit, semble-t-il, d'établir un rapprochement entre ces faits et ceux que nous avons indiqués plus haut, en étudiant du point de vue anatomo-pathologique les poumons de cette même catégorie de malades, atteints de syphilis pulmonaire latente ou larvée.

Lorsqu'il s'agit de cardiaques, d'aortiques en particulier, une réserve est peut-être à formuler, au sujet de l'interprétation même de ces tractus arborescents : représentent-ils vraiment des lésions de scléroses bronchiques et n'appartiendraient-ils pas plutôt au groupe des scléroses de l'artère pulmonaire ? Dans cette dernière éventualité s'agit-il d'une

petite sclérose secondaire à une cardiopathie, ou d'une véritable sclérose idiopathique de l'artère pulmonaire, dont la nature syphilitique, ainsi que nous l'avons déjà signalé, reste toujours à discuter ?

Mais alors, de deux choses l'une : ou bien la sclérose constatée radiologiquement est minime, dépassant à peine le flou de l'ombre médiastinale sous formes de fines ombres en pinceau ; dans ce cas, qu'il s'agisse de sclérose primitive de l'artère pulmonaire ou de sclérose consécutive à une cardiopathie quelconque, on trouve d'une façon constante une dilatation manifeste de l'arbre pulmonaire ainsi qu'Arrillaga, Pezzi, Vaquez, Giroux, etc., y ont insisté, et qui empêche toute confusion avec l'idée d'une sclérose bronchique au début.

Ou bien, la sclérose de l'artère pulmonaire est très avancée et elle s'accompagne alors d'une syndrome clinique de cyanose qui permet de rapporter les signes radiologiques observés, à leur véritable cause.

Il serait même sans doute plus sage de ne pas chercher à voir dans ces tractus plus ou moins exubérants, autre chose qu'un processus de sclérose atteignant simultanément les tissus vasculaires et bronchique. Pourtant cette sorte de sélection, dont nous avons admis plus haut la possibilité, et que la vérole paraît capable d'exercer vis-à-vis des principaux éléments constitutifs du poumon (Cf. page 37), nous autorise, croyons-nous, à pousser un peu plus loin l'analyse : en présence de ces images arborescentes, et lorsque l'artère pulmonaire n'est pas en cause, nous pensons pouvoir conclure que c'est bien du système bronchique qu'il s'agit avant tout (à la condition, bien entendu, de tenir pour négligeables les quelques lésions discrètes des vaisseaux, qui ne manquent pas d'accompagner çà et là les processus de sclérose les plus rigoureusement localisés aux bronches).

III. — Images bronchiques dans les bronchopathies syphilitiques proprement dites

Nous n'avons étudié jusqu'ici que des faits assez disparates. Qu'il s'agisse de syphilis pulmonaire avérée ou latente, les images bronchiques sont bien souvent mêlées à d'autres ombres de source parenchymateuse et offrent un objet d'étude beaucoup moins intéressant que ne le faisaient en pareil cas, les lésions correspondantes envisagées du point de vue anatomo-pathologique.

Par contre, au cours des bronchopathies syphilitiques proprement dites, les images bronchiques, gardent toute leur importance anatomique et clinique : les arborescences qui les représentent sillonnent un parenchyme dont la transparence relativement intacte, les met spécialement en relief, et, surtout, c'est à leur sujet que la pénurie des autopsies, s'opposant à leur fréquence en clinique, incite à chercher, faute de mieux, une compensation dans les ressources de la radiologie.

D'après ce que nous avons dit précédemment en analysant les lésions scléreuses de la syphilis en tant que *causes d'opacité* aux rayons X, on peut admettre d'ores et déjà qu'au *syndrome anatomique* de sclérose pulmonaire péribronchique que nous avons étudiée en sa place, correspond un *syndrome radiologique analogue* : les axes broncho-vasculaires que la sclérose a rendu visibles en les épaississant et en les entourant d'une gangue opaque, apparaîtront à l'écran ou sur les clichés sous forme de gros tractus irradiant éventail dans les champs pulmonaires et que l'on pourra suivre jusqu'à leurs ultimes ramuscules.

Entre ces tractus, qui représentent la lésion majeure, la sclérose périlobulaire et intralobulaire dessinera, suivant les cas, de fines marbrures ou des mouchetures plus ou

moins homogènes. De toute façon ces dernières seront suffisamment limitées et la participation parenchymateuse restera toujours assez restreinte pour que le caractère essentiel de syndrome radiologique, à savoir l'existence de grosses arborescences bronchiques, demeure toujours au premier plan. On pourra noter accessoirement enfin, un degré plus ou moins accentué d'adénomédiastinite, se traduisant par l'existence d'un empâtement plus ou moins prononcé et la présence de quelques ganglions plus ou moins apparents, parce que plus ou moins calcifiés, dans les régions parahilaires.

Les caractères radiologiques essentiels des bronchites chroniques syphilitiques sont aisément reconnaissables sur les divers clichés que nous avons fait reproduire ci-après (fig. 4, 5 et 6), et dont le seul aspect est certainement aussi démonstratif que la plus longue des descriptions verbales. On y remarquera, outre les tractus broncho-vasculaires toujours fortement dessinés, l'existence de plusieurs anneaux sombres dans les régions parahilaires. Ces anneaux sont vraisemblablement déterminés par la présence d'un tissu de sclérose dense autour des troncs bronchiques les plus gros, c'est-à-dire autour de la portion de l'arbre aérien qui est précisément la plus rapprochée de la ligne médiane. Il suffit que ces grosses bronches entourées d'un épais manchon fibreux soient prises sous une incidence d'une certaine obliquité, pour qu'elles se manifestent radiologiquement sous l'apparence de cercles opaques et comme des figures vues « en coupe ».

Ces anneaux sombres, souvent groupés par amas de 3 ou 4, affectent dans les cas typiques, un aspect en nid de guêpes, qui est très nettement apparent dans la figure 4, à la partie inférieure de la région parahilaire. Ailleurs, on ne trouvera près du hile, qu'un ou deux anneaux isolés ; et, enfin, suivant l'obliquité plus ou moins prononcée de l'axe bronchique par rapport à la direction des rayons, on ne verra qu'un demi-cercle noir, ou encore une tache plus ou moins elliptique dépourvue de lumière centrale.

En même temps que les tractus arborescents et que les cercles représentant les contours des grosses bronches vues « en coupe », on pourra noter dans tous ces cas, un empatement hilaire plus ou moins accusé et quelques ombres ganglionnaires en amas plus ou moins compacts

Bien que ces différentes images soient parfaitement comparables entre elles, et que l'on puisse, ainsi que nous l'avions annoncé, parler du *syndrome radiologique* de la bronchite chronique syphilitique, il est cependant impossible d'y découvrir le moindre signe qui ne soit strictement commun à toutes les radiographies de sclérose pulmonaire péribronchique, qu'elle qu'en soit la cause reconnue. On trouvera plus loin l'exposé des observations auxquelles les clichés précédents se rapportent et l'on verra quels arguments d'ordre clinique et étiologique nous semblent devoir être invoqués pour attribuer aux scléroses qu'elles représentent une origine syphilitique : mais ces arguments mis à part, rien ne permet au simple examen des radiographies ci-jointes, d'incriminer la vérole plutôt que la tuberculose ou que telle autre cause exogène ou endogène de sclérose pulmonaire (gaz toxiques, poussières irritantes, alcool, paludisme, etc.).

Les images radiologiques de sclérose syphilitique péribronchique sont en effet comparables en tous points à celles qu'il est classique de reconnaître à la tuberculose fibreuse dont nous trouvons un exemple frappant dans le cliché reproduit figure 7.

Un aspect tout à fait identique est réalisé par la radiographie représentée figure 8 : il s'agit cette fois d'un ancien gazé, sujet à des poussées répétées de bronchite aiguë, mais chez lequel la tuberculose, pas plus que la syphilis, ne peuvent être imputées d'une façon légitime.

Partout nous voyons les mêmes tractus arborescents, dessinant à leur point de départ, la sclérose péribronchique des grosses bronches, et plus loin, dans leur parcours moyen jusqu'à leur terminaison, la sclérose diffuse et fine des

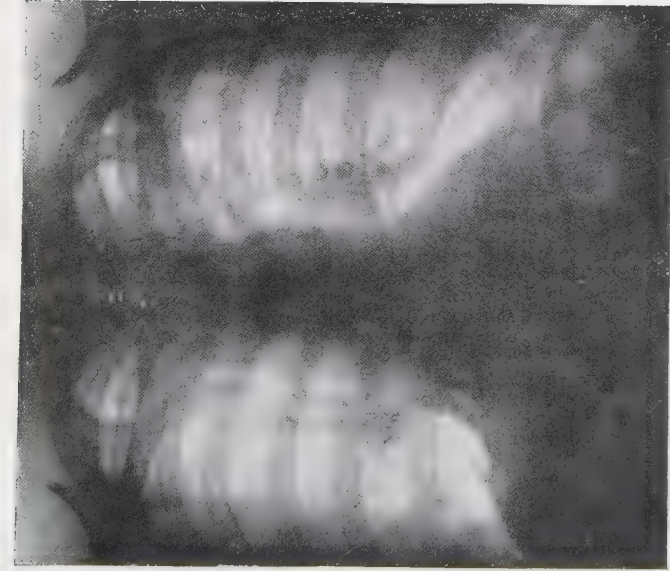


Figure 4
Bronchite chronique syphilitique.

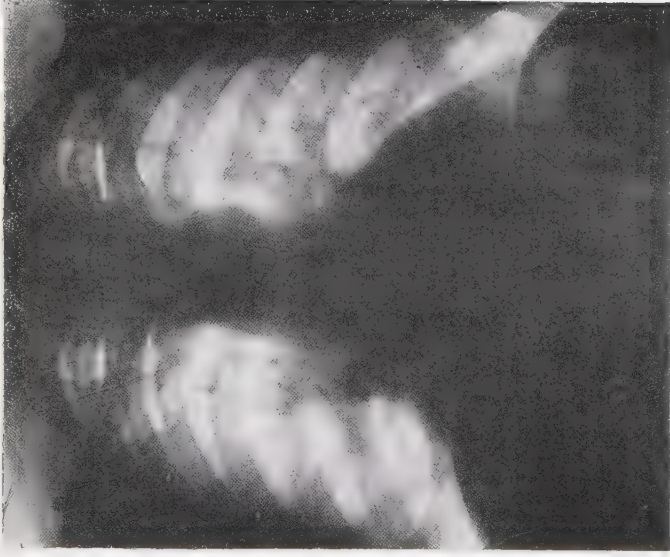


Figure 5
Bronchite chronique syphilitique.

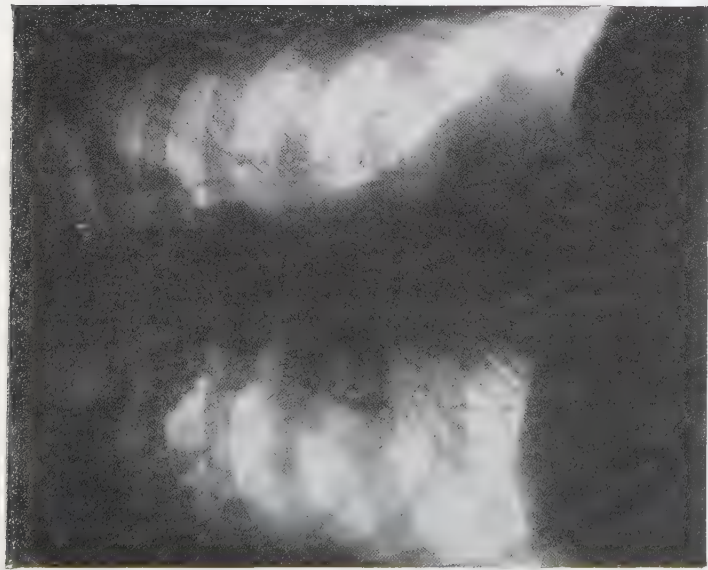


Figure 6

Bronchite chronique syphilitique.

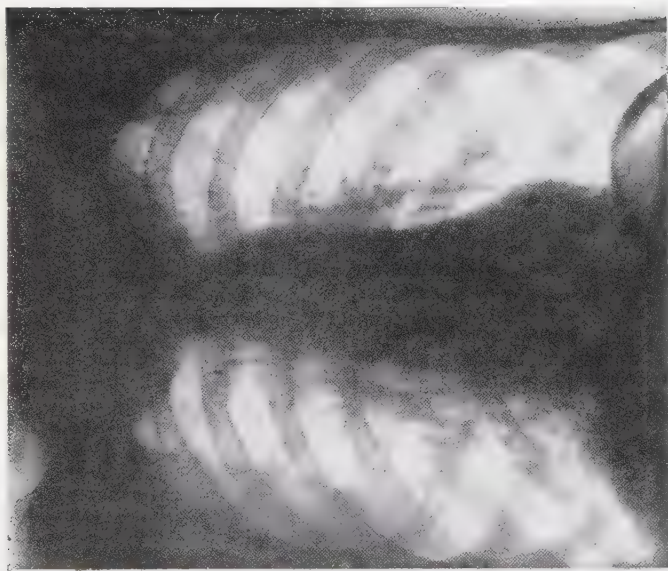


Figure 7

Tuberculose pulmonaire fibreuse.

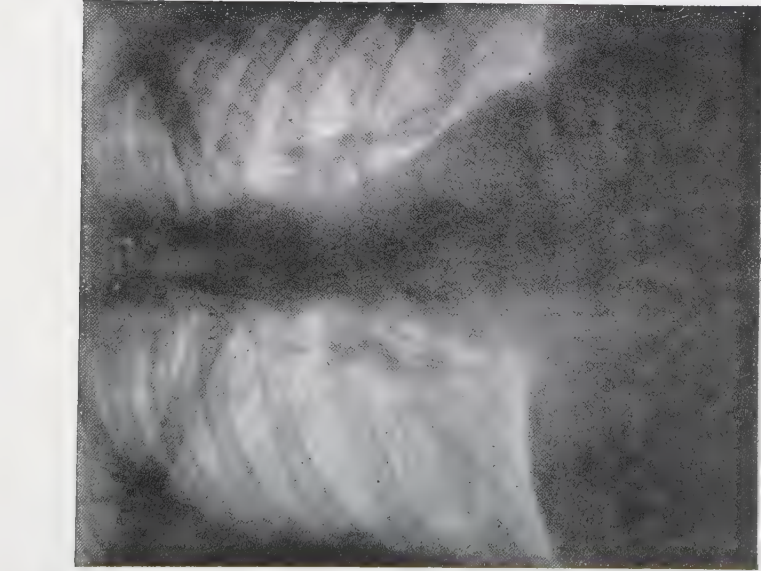


Figure 8

Sclérose pulmonaire chez un ancien gazé.

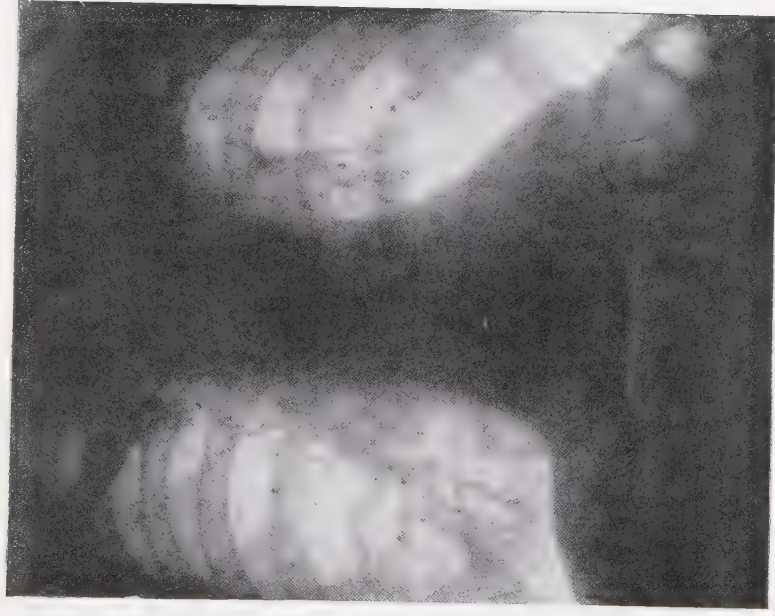


Figure 9

Tuberculose pulmonaire scléro-calcaire chez un syphilitique.

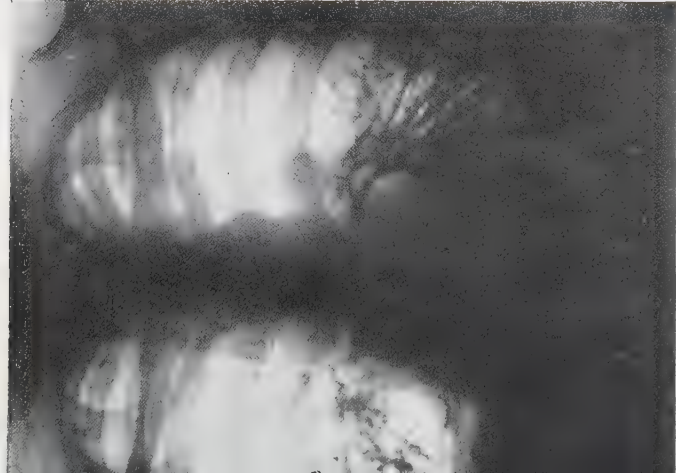


Figure 10

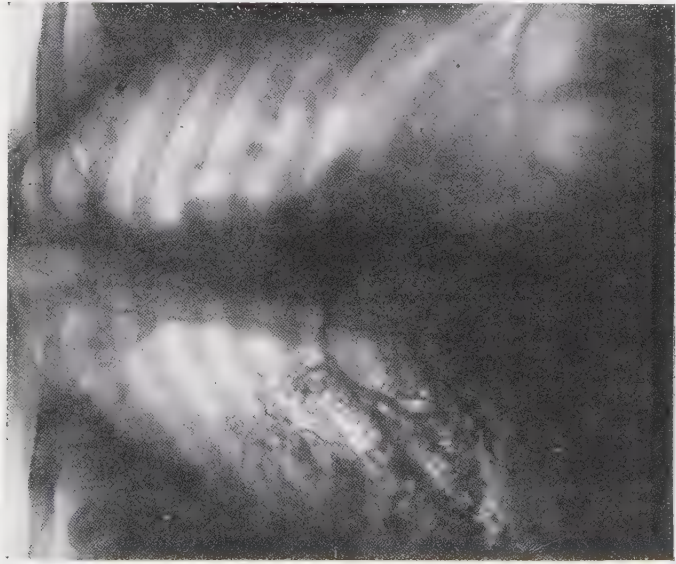


Figure 11

(Ces figures correspondent respectivement aux figures 4, 5, 6. On peut comparer ainsi les clichés obtenus avant et après injection intrachéale de lipiodol).

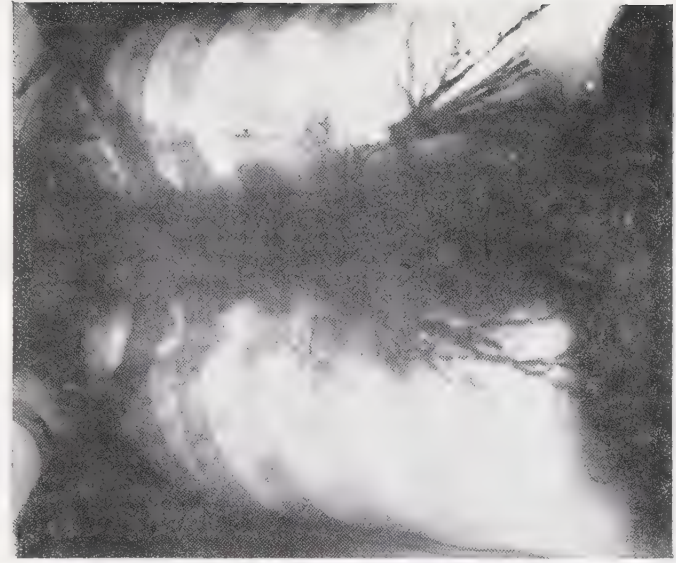


Figure 12

bronches de plus petit calibre, plus ou moins masquée d'emphysème ; partout nous remarquons un degré plus ou moins avancé d'empatement hilair.

A plus forte raison, on ne saurait manquer de retrouver les mêmes symptômes radiologiques dans les cas où plusieurs de ces causes sclérogènes se trouvent réunies dans un poumon pour y combiner leurs effets. Une mention toute particulière doit être réservée à ce point de vue aux formes fibreuses de la tuberculose évoluant sur un terrain syphilitique. Nous en donnons figure 9, un exemple radiologique, appartenant à un cas d'association syphilo-tuberculeuse, dont on peut retrouver plus loin l'exposé détaillé (obs. XXVI, page 102).

M. Sergent qui insiste depuis si longtemps sur l'importance de cette association, est revenu sur ce sujet dans un travail récent, écrit en collaboration avec P. Coltenot et que nous avons déjà eu l'occasion de citer à plusieurs reprises (syphilis et tuberculose pulmonaire fibreuse, *Ac. de Méd.*, séance du 1^{er} mai 1923).

Comme on devait logiquement s'y attendre, dans ces formes scléreuses évoluant sur un terrain hybride, il y a une exubérance des tractus fibreux fréquemment poussée à l'extrême. En outre, on observera dans ces cas une véritable profusion de nodules calcifiés, tant parenchymateux que ganglionnaires, et s'échelonnant souvent suivant une chaîne ininterrompue, du médiastin à la région cervicale.

De telles images radiologiques, si elles sont loin de constituer un criterium absolu, n'en possèdent pas moins une valeur sémiologique incontestable ; elles doivent évoquer tout au moins, l'idée d'une tuberculose fibreuse associée à la syphilis et lorsque cette présomption comme il est habituel, se trouvera confirmée, elles démontreront une fois de plus, ainsi que M. Sergent le soutient depuis longtemps « le caractère évolutif fibreux qu'imprime à la tuberculose le terrain syphilitique sur lequel elle a germé ».

* * *

En résumé, nous pensons avoir indiqué suffisamment qu'à la base de la bronchite chronique syphilitique, existe un syndrome anatomique de sclérose péribronchique auquel se superpose d'une façon manifeste un syndrome radiologique en tous points comparable.

Pas plus cependant, et même beaucoup moins que l'anatomie pathologique, la radiologie ne saurait permettre de préciser avec rigueur la nature des lésions observées.

Nous avons vu, en effet, à propos de l'anatomie pathologique, que certaines nuances d'ordre histologique, et en particulier la disposition systématique de la sclérose, pouvait plaider en faveur de l'origine syphilitique de celle-ci, ainsi que M. Letulle l'a montré. Mais lorsqu'il s'agit d'une exploration radiologique, ces nuances ne sont évidemment pas de mise ; nous avons indiqué qu'aucun caractère particulier ne distinguait au premier abord l'une de l'autre, les images de scléroses de causes diverses reproduites sur les figures précédentes (fig. 4 et suivantes). M. Sergent a l'habitude de souligner dans son enseignement clinique, que la radiologie dont la valeur pour préciser la localisation d'une lésion est considérable, ne saurait pas contre autoriser le diagnostic de la nature même de cette lésion.

Sans doute, dans les cas qui nous occupent, l'aspect linéaire des images, en même temps que l'absence de toute pommelle et de toute spéléonque, indiquent-ils quelque chose de plus que la simple localisation aux bronches : par analogie avec ce que l'on sait de l'anatomie pathologique, il est permis de conclure immédiatement en pareil cas, à l'existence d'un processus de sclérose engainant sur tout leur parcours les axes broncho-vasculaires. Mais l'analyse doit s'arrêter là, et rien dans cette interprétation radiologique, n'est capable de fournir le moindre indice sur la nature de la sclérose observée.



S'il fallait à tout prix découvrir une particularité radiologique des scléroses syphilitiques péribronchiques, c'est uniquement dans les ressources de la radiologie en tant qu'*instrument de localisation des lésions* qu'on pourrait se permettre de la rechercher.

En pratique deux cas sont à considérer :

Ou bien il s'agit d'une belle image de sclérose épaisse et dense ou bien, la sclérose étant à son début, n'est encore qu'à peine indiquée.

1. — *Une image de sclérose dense et serrée*, où les arborescences bronchiques sont particulièrement exubérantes suggère volontiers, et bien qu'une pareille impression n'ait qu'une valeur toute relative, la possibilité d'une action combinée de plusieurs processus sclérosants.

Certes, rien ne s'oppose à ce que la syphilis ou la tuberculose isolées, réalisent à elles seules de semblables images. Mais, quant à l'exubérance des tractus fibreux, se joindra une opacité apicale ou juxta-scissurale, plus ou moins homogène, quand surtout on distinguera, en plein champ pulmonaire ou dans les régions parahilaires, les nombreux nodules calcifiés décrits par MM. Sergent et Cottenot, l'idée d'une tuberculose fibreuse greffée sur un terrain syphilitique, pourra, ainsi que nous l'avons déjà remarqué précédemment, être évoquée en toute logique.

Dans d'autres cas, ce qui frappe au premier abord, c'est la localisation du processus sclérosant autour des troncs bronchiques les plus gros. C'est alors qu'on rencontrera plus spécialement les images annulaires en « nids de guêpes » dont il a été question plus haut et qui sont particulièrement visibles sur les radiographies reproduites figures 4, 5 et 6.

Ce que nous avons déjà dit de l'affinité toute particulière de la syphilis pour les bronches et de sa faculté de frapper un point quelconque de l'arbre trachéo-broncho-alvéolaire,

explique qu'elle puisse se cantonner, ou tout au moins manifester une activité particulière en certains segments de l'arbre aérien.

Sans prétendre que la tuberculose fibreuse ne soit tout aussi bien capable de s'attaquer aux bronches les plus grosses, il nous a paru, que, dans la majorité des cas, la sclérose tuberculeuse se présentait radiologiquement sous l'aspect d'arborisations plus fines et que les images annulaires, témoins d'une sclérose péribronchique spécialement intense autour des grosses bronchiques, y étaient bien plus rares qu'en cas de syphilis bronchique.

L'examen des radiographies provenant de 60 observations, nous a fourni les résultats suivants :

Sur 30 cas de syphilis bronchique (pure ou associée à la tuberculose) nous avons rencontré 20 fois les images annulaires précitées ; 10 fois, elles étaient assez prononcées pour constituer des amas importants en « nids de guêpe » ; les 10 autres fois, il existait seulement un ou deux anneaux sombres, isolés, mais fort nets, de chaque côté de la ligne médiane ;

Par contre, sur 30 cas de tuberculose fibreuse, d'où la syphilis pouvait être écartée sans hésitation, quatre fois seulement, les images annulaires et les tractus fibreux si remarquablement épais qui les avoisinent en général, ont pu être mis en évidence, dans les régions parahilaires.

Il s'ensuit, qu'en se fondant uniquement sur ces chiffres, on aurait pu synthétiser par les schémas ci-contre, les caractères distinctifs que nous serions tentés d'attribuer aux scléroses tuberculeuses et syphilitiques (fig. 13 et 14).

Nous avons hâte d'ajouter que ces chiffres et les schémas correspondants n'ont pas même la valeur que l'on pourrait accorder aux résultats fournis par une statistique ordinaire ; la technique radiologique est loin d'assurer en effet une rigueur suffisante, lorsqu'il s'agit de comparer entre eux d'aussi subtils points de détail ; un cliché un peu plus

1^o Schéma de la sclérose telle qu'elle se présente en général lorsque la tuberculose est seule en cause

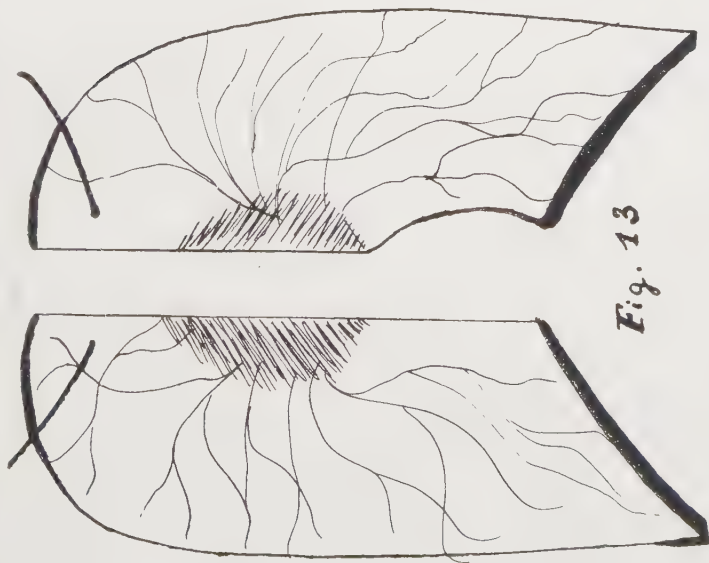


Fig. 13

Exemple de sclérose fine et diffuse rencontrée 26 fois sur 30 cas de tuberculose fibreuse; et 10 fois seulement sur 30 autres cas de syphilose bronchique pure ou associée.

2^o Schéma de la sclérose en cas d'association syphilo-tuberculeux ou de syphilis bronchique pure

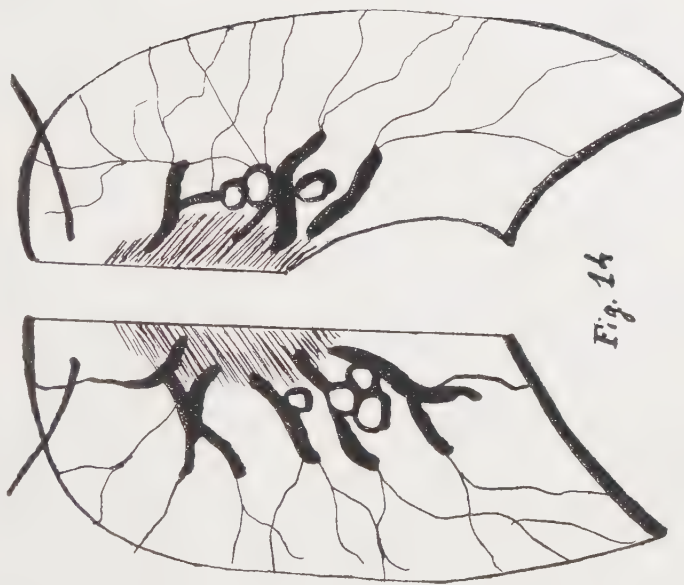


Fig. 14

Exemple de sclérose péribronchovascular des grosses bronches, rencontrée 20 fois sur 30 cas de syphilose bronchique pure ou associée, et 4 fois seulement sur 30 autres cas de tuberculose pure.

« poussé », une attitude du malade tant soit peu modifiée, sont susceptibles de créer des anomalies illusoires qu'il sera souvent fort difficile de retrouver par la suite, à un nouvel examen du même sujet.

Aussi les dissemblances radiologiques que nous avons cru pouvoir noter en dernier lieu, ne constituent-elles en définitive, et du fait même de leur reversibilité, que des éléments de diagnostic bien précaires. Nous ne les avons rapportées qu'à titre d'indication, mais en nous méfiant constamment de notre propre tendance à les vouloir interpréter.

Il est possible que les progrès de la *téléstéréoradiographie*, encore à l'étude, en fournissant des précisions supplémentaires sur le siège et la profondeur des lésions par rapport aux axes broncho-vasculaires, arrivent un jour à donner la preuve de ce qui ne peut être jusqu'ici qu'une simple impression d'attente.

Pour l'instant, si nous mettons à part les faits de tuberculose scléro-calcaire dont la physionomie radiologique est assez spéciale, pour évoquer toujours l'idée d'une vérole associée, nous sommes obligés de conclure encore une fois et malgré cette longue discussion, que rien ne permet d'attribuer à la sclérose péribronchique syphilitique la plus intense, le moindre caractère particulier.

2. — *Dans les cas où la sclérose est encore à son début*, il ne saurait même plus être question d'entreprendre une semblable discussion : les bronches les plus grosses, comme les plus fines, sont uniquement le siège d'une ébauche de sclérose qui ne se traduit radiologiquement que par un éventail de tractus fibreux à peine indiqué.

Lorsque, chez certains syphilitiques, on observera quelques-unes de ces discrètes arborescences, il sera souvent légitime de se demander jusqu'à quel point il s'agit vraiment de productions pathologiques ? Nous avons examiné pour notre part, de nombreuses radiographies appartenant à des sujets en apparence normaux ; sur beaucoup de ces clichés nous

avons pu noter l'existence de quelques fins tractus, partant du hile et envoyant parfois deux ou trois rameaux à travers les champs pulmonaires. Très exceptionnellement nous avons vu une image annulaire, analogue à celles que nous avons décrites précédemment ; mais il n'y en avait jamais qu'une ou deux sur une même radiographie ; elles n'étaient jamais groupées en amas et leur contour n'était jamais représenté que par une ligne toujours moins indiquée que dans les formations pathologiques.

Nous rappellerons, à ce propos, que Dumarest dans un travail récent (18) a étudié, à côté des cas de tuberculose fibreuse nodulaire typique, des faits particuliers de sclérose péribronchique d'origine ganglionnaire : il se peut que certaines des fibres discrètes que nous avons observées sur les radiographies de sujets en apparence normaux, ne représentent en réalité que ces formes « bénignes et latentes » de la tuberculose pulmonaire, signalées par Dumarest.

De toute façon, qu'il s'agisse de tuberculose ou de syphilis, on conçoit que tous les intermédiaires puissent exister entre la sclérose légère d'une affection éteinte ou débutante et les formations scléreuses véritablement exubérantes qui ont fait l'objet du paragraphe précédent. Comme des transitions insensibles peuvent mener de l'une aux autres, on comprend que la découverte radiologique d'une sclérose, si minime soit-elle, ne devra jamais être négligée ; on ne peut pas savoir à ce moment s'il s'agit d'un processus définitivement éteint ou susceptible d'un réveil possible.

Tous les moyens d'exploration, toutes les recherches complémentaires devront donc être mis en œuvre, en pareil cas, afin de dépister éventuellement la tuberculose ou la vérole et instituer si possible la thérapeutique appropriée.

* * *

Afin de compléter le parallèle entre l'anatomie pathologique et la radiologie, nous nous devons de terminer ce

chapitre par un mot des ectasies bronchiques considérées du point de vue radiologique.

La généralisation de la méthode *des injections intratrachéales de lipiodol* a certainement eu sa part dans le renouveau d'actualité imprimé à cette question.

Mais le lipiodol, par le fait même qu'il peut mettre en évidence une dilatation bronchique qui, sans lui, serait demeurée inaperçue, permet d'affirmer l'absence de toute ectasie dans les cas où celle-ci aurait pu être à tort diagnostiquée.

Ainsi se trouvera confirmée sur le vivant l'existence des bronchopathies syphilitiques non ectasiantes correspondant au syndrome clinique de bronchite chronique, et dont l'anatomie pathologique nous avait déjà fourni la preuve. Aux radiographies des figures 4, 5 et 6, correspondent, après une injection intrachéale de lipiodol, les clichés de contrôle reproduits figures 10, 11 et 12, qui montrent bien l'absence de toute dilatation bronchique, malgré l'intensité du processus de sclérose péribronchique qu'on peut y reconnaître par ailleurs.

Nous avons trouvé une dernière preuve de ces faits en pratiquant avec le lipiodol, toute une série d'expériences sur un poumon atteint de sclérose péribronchique marquée, le même dont nous avons donné une description détaillée au chapitre de l'« Anatomie pathologique » (obs. IV, p. 26).

Dans la pièce, durcie au formol, nous avons injecté du lipiodol par les grosses bronches. De manière à faire pénétrer l'huile le plus loin possible, la pièce a été suspendue au mur, par une égrène, cependant que par l'intermédiaire d'un tube de verre communiquant avec un réservoir, le lipiodol descendait constamment vers les bronches. La pièce a été laissée vingt quatre heures dans cette position, puis passée à l'écran radiographique. Les clichés obtenus, pas plus que la dissection ultérieure du poumon, n'ont permis de déceler le moindre signe d'ectasie bronchique.

Les images radiographiques étaient exactement semblables

à celles des figures 10, 11 et 12. Les résultats de l'examen radiologique cadrant donc parfaitement ici avec les données de l'anatomie pathologique et tout était d'accord pour confirmer dans le cas particulier, l'existence d'une bronchopathie syphilitique *non ectasiente*.

ÉTUDE CLINIQUE

Aux données anatomo-radiologiques précédentes, correspondent les faits cliniques que nous allons envisager maintenant. Cette étude clinique est complexe, et à propos de chaque cas particulier intervient une double discussion :

1^o Parce que la syphilis, cause fréquente de ces bronchites chroniques, n'est pas toujours seule et se trouve associée bien souvent à la tuberculose ou à divers autres facteurs sclérogènes dont la part n'est pas toujours facile à déterminer ;

2^o Parce que le syndrome habituel de bronchite chronique, au lieu d'exister à l'état de pureté, peut se compliquer d'une participation parenchymateuse plus ou moins étendue (emphysème sclérose pulmonaire), ou médiastinale (médiastinite des aortiques), qu'il est également malaisé de réduire à leurs justes proportions.

Pour la clarté de l'exposition nous nous proposons de donner tout d'abord quelques exemples de bronchites chroniques syphilitiques. Nous distinguerons, chemin faisant, les faits où la syphilis paraît seule en cause, et ceux où, malgré l'absence de preuve évidente, la tuberculose doit être soupçonnée aux côtés de la vérole, pour aboutir aux cas d'association syphilo-tuberculeuse dûment contrôlés.

De cet ensemble d'observations nous nous efforcerons de dégager les symptômes essentiels et les formes cliniques principales des bronchopathies syphilitiques chroniques.

I. OBSERVATIONS DE BRONCHITES CHRONIQUES, SYPHILITQUES, PURES OU ASSOCIÉES EN PROPORTIONS DIVERSES A D'AUTRES PROCESSUS SCLÉROSANTS ET A LA TUBERCULOSE FIBREUSE EN PARTICULIER

A. — Cas de bronchopathie syphilitique pure

OBSERVATION VI

M. Tey..., 38 ans, chauffeur de taxi, entre à la Charité parce qu'il tousse et se sent oppressé. Il souffre, depuis dix ans environ, d'une bronchite tenace, évoluant par poussées, avec une toux humide, ramenant, le matin, surtout, une expectoration mucopurulente, mais non particulièrement abondante et sans caractères spéciaux.

Examen, le 4 mai 1926 : Etat général relativement bon. Pas de fièvre.

On est tout de suite frappé par le regard vague du malade, son facies hébété, sa parole lente et trainante. Dès les premiers mots de l'interrogatoire on se rend compte que sa mémoire est défaillante, que son jugement et son auto-critique sont très déficients. En outre tremblement très net de la langue, achoppement de la parole mis en relief par les épreuves classiques. On est donc immédiatement conduit à rechercher la syphilis. Or, les pupilles réagissent bien, les divers réflexes tant cutanés que tendineux sont normaux, il n'y a pas de leucoplasie buccale ou linguale. Mais le malade nous apprend qu'il a eu un accident primaire à l'âge de 17 ans.

L'examen de l'appareil respiratoire indique :

En avant : sonorité normale ; quelques sibilances, rares ronchus ; pas de lésions en foyer.

En arrière : sonorité un peu diminuée à la base droite ; quelques sibilances et ronchus ; respiration emphysémateuse.

Les bruits du cœur sont assourdis par la respiration emphysé-mateuse

Les autres appareils sont normaux,

La radiologie confirme ces premiers résultats de l'examen clinique des poumons ; deux radiographies faites le 5, puis le 10 mai, permettent de constater l'existence d'une sclérose broncho-pulmonaire et surtout péribronchique des plus nettes ; les espaces intercostaux sont horizontaux et élargis et dans la transparence pulmonaire conservée, on voit cheminer de nombreux tractus bronchiques, s'étendant de la région hilare à la périphérie. Ces tractus sont particulièrement larges dans la région parahilaire. On y trouve de gros anneaux représentant de véritables coupes de bronches vues de face et cerclées par la sclérose. Ces anneaux affectant une forme vaguement polygonale sont groupés de chaque côté de la ligne médiane au nombre de 6 ou 8, constituant une de ces images en gâteau de miel sur lesquelles nous avons déjà insisté précédemment.

Par ailleurs l'épreuve du lipiodol s'est montrée tout à fait négative au sujet de l'existence possible d'une dilatation bronchique (cf. fig. 4 et 10).

Le 17 mai. — Apparition de quelques troubles oculaires : ptosis bilatéral avec strabisme interne et diplopie.

Bien que la réaction de Bordet-Wassermann se soit montrée constamment négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, le malade qui est évidemment un syphilitique ancien est mis au traitement spécifique.

Cette thérapeutique a fait rétrocéder par la suite les divers troubles oculaires. Les symptômes respiratoires semblent avoir été également améliorés par le traitement.

Il est indispensable de souligner que l'examen des crachats pratiqué à plusieurs reprises n'a permis ni à l'examen direct, ni après homogénéisation de mettre en évidence le moindre B. K.

L'inoculation des crachats au cobaye faite à deux reprises s'est montrée également négative.

Enfin dans les *antécédents* à part la bronchite chronique datant

de dix ans et le chancre syphilitique déjà signalé, on ne retrouve pas la moindre maladie antérieure.

Conclusion. — Ancien spécifique avéré ayant un syndrome encéphalique diffus, avec signes de localisation à la base et un syndrome respiratoire d'emphysème et de catarrhe bronchique chronique, caractérisé radiologiquement par une sclérose bronchique et péribronchique, mais sans dilatation des bronches. La tuberculose ne semble pas pouvoir être incriminée.

OBSERVATION VII

M. Mos..., cordonnier, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital le 24 avril 1925, pour une toux persistante, accompagnée d'une expectoration abondante. Il se plaint en outre d'être asthénique et d'avoir beaucoup maigri.

Le début de la maladie remonte à trois mois environ : il fut relativement brusque et se traduisit par un point de côté, avec frissons, fièvre et sensation de malaise général, pendant trois à quatre jours.

Puis ces phénomènes se calmèrent ; après une accalmie de six semaines environ, apparurent les symptômes qui amènent actuellement le malade à l'hôpital.

C'est une toux, quinteuse, fréquente, pénible, accompagnée d'une expectoration purulente, verdâtre, abondante et qui n'a cessé d'augmenter progressivement.

Bien que son état général soit relativement bien conservé, le malade aurait perdu plus de 10 kilogrammes pendant ces trois derniers mois. L'anoréxie est d'ailleurs très accusée.

Localement il se plaint uniquement d'un point de côté siégeant dans la région précordiale, et qui constitue plutôt une gêne qu'une véritable douleur.

Dans ses antécédents, on note seulement la fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans.

Il a fait la guerre dans la légion étrangère au Maroc.

N'a jamais souffert d'aucune affection antérieure voies respiratoires.

A l'examen du 24 avril 1925, on trouve, du point de vue de l'appareil respiratoire :

En avant : respiration ronflante, à droite et à gauche ;

En arrière : même symptôme et quelques sibilants disséminés. Les pupilles sont égales et les autres appareils paraissent normaux.

A l'examen radioscopique, les sommets sont petits, mais assez clairs et s'illuminent bien à la toux. Les deux bases sont peu transparentes, couvertes de grosses arborisations partant du hile.

La coupole diaphragmatique est irrégulière, mais n'a qu'un jeu de faible amplitude.

Une radiographie obtenue deux jours plus tard, confirme ces données en montrant qu'il existe sur les deux champs pulmonaires demeurés transparents dans leur ensemble, de nombreuses arborisations étalées en éventail à partir du hile.

Un deuxième cliché de contrôle fait après injection intra-trachéale de lipiodol, indique l'absence manifeste de toute image de dilatation bronchique (Cf. fig. 5 et 11).

Evolution de la maladie. — On est surtout frappé les jours suivants par la persistance de la toux et de l'expectoration.

Bien que l'appétit ne soit pas encore revenu, le malade ne souffre pas, n'a pas de fièvre, et sa température est simplement un peu dénivelée.

L'examen bactériologique des crachats est fait à quatre reprises, puis, répété deux autres fois après homogénéisation, sans qu'à aucun moment le moindre B. K. puisse être mis en évidence. Le même examen est également négatif dans les selles.

Par contre la réaction de B. W. dans le sang se montre fortement positive.

Le 19 avril, le malade est soumis à une série d'injections de novarseno-benzol.

Sous l'influence de ce traitement une grande amélioration se manifeste ; la toux diminue ; l'expectoration tombe de 45 à 25 gr :

l'appétit revient et le poids du malade s'élève de 55 à 60 kilogrammes.

Toutefois, les signes physiques constatés à l'examen du poumon persistent sans changement.

Le 25 juillet, le malade est soumis à une nouvelle série de 914, qui semble consolider ces premiers résultats.

Le 23 août il sort de l'hôpital remarquablement amélioré.

Ce malade a été revu un an plus tard, le *12 juillet 1926*. Il avait continué à suivre régulièrement, entre temps, à la consultation de la Charité, un traitement antisyphilitique.

Sur nos instances il consent à rester pour quelques jours en observation à l'hôpital, mais affirme ne plus ressentir aucun malaise.

Pendant ces quelques jours nous avons pu constater :

1° *A l'examen des poumons* : persistance des symptômes physiques déjà signalés : respiration ronflante en avant et en arrière avec quelques sibilants disséminés.

Mêmes signes radiologiques que plus haut.

2° *A l'examen des crachats* : absence de B. K. tant à l'examen direct qu'après homogénéisation ;

Un cobaye inoculé avec les crachats reste indemne de toute tuberculose ;

La recherche des spirochètes dans les crachats (coloration de Fontana-Tribondeau et coloration au violet de gentiane) est également négative.

3° Par contre la réaction de Bordet-Wassermann est devenue négative, mais le malade n'a cessé de se soigner régulièrement depuis un an, et il venait de terminer une série de quinby lorsqu'il est venu nous revoir.

En résumé : Bronchite chronique diffuse, avec grosse expectoration. Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive. Rien en faveur de la tuberculose.

OBSERVATION VIII (M. Sergent.)

M. L., 41 ans, vient consulter le 7 mars 1923.

Depuis un an, dyspnée progressive, surtout à l'effort. Respiration sifflante et cornée. Toux incessante, parfois coqueluchoïde, quelquefois avec vomissements. Pas de fièvre habituellement. Amaigrissement notable (20 kgr. depuis un an).

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Considéré depuis de longues années comme emphysémateux.

Marié; deux enfants bien portants.

Aurait eu la coqueluche (?) il y a un an; depuis grande gêne respiratoire avec respiration sifflante.

Examen le 7 mars 1923. — Facies un peu bouffi. Circulation veineuse collatérale discrète, sur la partie antéro-supérieure gauche du thorax.

Appareil respiratoire. — Matité complète avec abolition des vibrations de tout l'hémithorax gauche en avant, murmure vésiculaire aboli et souffle bronchique transmis.

En arrière, pas de matité; même souffle transmis, respiration emphysémateuse; râles ronflants et sibilants.

A droite, signes d'emphysème et de catarrhe sibilant.

Rien d'appréciable au cœur.

Pupilles normales réagissant bien.

Pas de stigmates de syphilis.

P. 88; T. A. 14 1/2-8 1/2.

Rien dans les urines.

L'examen radioscopique indique que le thorax est large et symétrique.

A droite, le sommet est transparent et s'illumine bien à la toux. L'ensemble de l'hémithorax est clair. La base est normale et le diaphragme, dont la coupole est régulière, présente un jeu de bonne amplitude et dégage bien le sinus costo-diaphragmatique.

A gauche le sommet est obscur et l'illumination à la toux est

abolie. Toute la plus grande partie du champ pulmonaire dans ses trois quarts supérieurs est obscure, présentant une opacité assez uniforme à la limite inférieure imprécise qui, en dedans va jusqu'au diaphragme, tandis qu'en dehors elle remonte obliquement, dégageant la coupole diaphragmatique et le sinus costo-diaphragmatique qui est parfaitement clair. L'ombre cardio aortique du côté gauche, se confond complètement avec l'ombre qui recouvre le champ pulmonaire gauche. A droite elle présente un contour embué, débordant largement l'ombre vertébrale et se prolonge par de *gros tractus* dans le champ pulmonaire droit.

En position oblique, l'espace médian est gris sur toute sa hauteur.

Le 14 mars, réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht : ++ ; B. K. négatifs dans les crachats.

Le 20 mars, moins d'expectoration et de toux d'après le malade ; mêmes constatations stéthacoustiques et générales.

P. 100 ; T. A. 13 1/2-8.

Mis au traitement spécifique.

En résumé. — Syndrome médiastinal probable avec sclérose pleuro-pulmonaire gauche. Syphilis contrôlée. Pas de tuberculose.

OBSERVATION IX (M. Sergent.)

M. L..., 63 ans, vient consulter le 21 janvier 1926. Aspect général bon. Tendance à la dyspnée d'effort ; mais pas de dyspnée nocturne.

Pas d'amaigrissement ni de fièvre.

En août 1925, première hémoptysie. Depuis, petits crachements de sang de temps à autre et quelques crachats muqueux.

Actuellement sensation de gêne dans l'hémithorax gauche.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Pas de stigmate de syphilis, mais réaction de B.-W. positive le 25 décembre 1925.

Cœur. — Double souffle aortique, avec clangor du deuxième bruit.

P. 84 régulier ; T. A. 16-7 1/2.

Appareil pulmonaire :

A gauche, submatité sous la clavicule ; matité du tiers supérieur en arrière.

Respiration très soufflante sans râles ni frottements.

Souffle hilaire assez accentué .

A droite, rien .

A la radioscopie. — Le thorax est large et symétrique.

A droite, le sommet est petit, mais clair et s'illuminant bien à la toux. La partie supérieure du champ sous-claviculaire est claire, mais la moitié inférieure est très diminuée de transparence et couverte de fines marbrures. La coupole diaphragmatique est régulière ; le sinus costo-diaphragmatique est perméable .

A gauche, le sommet est clair et s'illumine bien à la toux ; du hile partent des tractus assez étendus allant vers la base. La coupole diaphragmatique est régulière, le sinus costo-diaphragmatique est perméable .

L'ombre cardio-aortique est large et très opaque, avec des contours embués.

En position oblique, l'espace médiastinal est gris.

Antécédents héréditaires. — Père mort de refroidissement.

Mère morte de maladie de cœur .

Un frère mort il y a trois ans de maladie de cœur également.

Cinq autres frères bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance.

Syphilis à 23 ans en Egypte.

Deux enfants bien portants.

Evolution de la maladie. — Le 11 février, l'examen des crachats est négatif au point de vue des B. K. A signaler la présence de quelques éosinophiles.

Traitement : suppositoires de Hg et sirop iodotannique.

Le 13 février se sent mieux ; les crachements se sont espacés (trois fois seulement au lieu de tous les jours). Persistance de la tendance à la dyspnée d'effort.

Température normale à 37 degrés depuis le 21 janvier

Mêmes signes aortiques .

Atténuation des signes de condensation du lobe supérieur gauche.
Persistance du gros souffle hilaire bilatéral.

P. 84; T. A. 16 1/2-7.

Continuation du même traitement pendant deux mois, avec interruption de dix jours entre les deux séries.

Le 13 mai 1926, amélioration progressive et très grande : disparition complète des crachements de sang. Persistance de la tendance à l'oppression et des raclements pharyngiens avec expectoration muqueuse.

Température normale; poids stationnaire.

Réflexes pupillaires et rotuliens normaux.

P. 84; T. A. 15 1/2-7.

Mêmes signes aortiques et hilaires.

Noter une obnubilation cérébrale (amnésie complète) pendant une minute, il y a un mois.

Continuation du traitement hygiéno-diététique et médicamenteux.

En résumé. — Aortite et médiastinite, avec sclérose péri-bronchique.

Syphilis ancienne certaine.

Pas de tuberculose.

OBSERVATION X

M. S..., 51 ans, chef de service dans un musée, entre à l'hôpital le 24 septembre 1926, parce qu'il a eu deux syncopes le jour précédent.

Depuis un mois et demi environ, le malade se sent fatigué et cette asthénie a augmenté progressivement. Il éprouve en outre depuis cette époque une sensation persistante de « poids » dans l'épaule gauche.

Hier matin, étant assis à sa table, il s'affaisse brusquement, pris d'une syncope qui dure plusieurs secondes. Après quoi il revient à lui sans ressentir rien d'anormal dans les heures qui suivent.

Le soir, vers 6 h. 1/2, et de nouveau sans aucun prodrome, il s'affaisse de la même façon que le matin et demeure sans connaissance pendant plusieurs minutes.

Antécédents personnels. — La rougeole en bas âge ; la scarlatine à l'âge de 8 ans.

En 1893, une blennorrhagie ; en 1908, un chancre du sillon balanopréputial, dont le malade nie la nature syphilitique (?).

En 1910, il contracte le paludisme, et, quelques mois plus tard, la fièvre typhoïde.

En 1914, il est atteint d'un rhumatisme soigné par le salicylate de soude.

Pendant la guerre, il est gazé à deux reprises, en 1916 et 1918.

Pas d'autres maladies depuis, mais il se plaint d'éprouver depuis trois mois environ des sensations vertigineuses et des palpitations qui l'obligent à s'arrêter quand il marche un peu vite.

Antécédents familiaux. — Mère en bonne santé, âgée de 81 ans.

Père mort il y a quatre ans à l'âge de 77 ans, d'une affection pulmonaire (?).

Le malade a deux enfants de 23 et 24 ans, bien portants.

Examen le 24 septembre 1926. — Bon état général, température normale, facies coloré, pupilles inégales (P. G. plus grande que P. D.), mais régulières et réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Une plaque de leucoplasie très nette sur la joue gauche.

Appareil circulatoire. — Les bruits du cœur sont normaux, mais on note de temps à autre quelques extrasystoles.

P. 80 ; T. A. 16-8,5 (Vaquez).

Appareil respiratoire. — *En arrière*, un peu de submatité des deux sommets.

A gauche, respiration un peu diminuée au sommet ; un peu ronflante dans la région parahilaire.

A droite, respiration soufflante au sommet.

Des deux côtés, à l'auscultation quelques sibilances disséminées.

Rien à signaler *en avant*.

Système nerveux. — Réflexe rotulien aboli à gauche.

Difficile à mettre en évidence à droite.

Réflexes achilléens abolis des deux côtés.

Les autres réflexes cutanés, tendineux et pupillaires sont conservés.

Le signe de Romberg est positif, et l'on peut noter par l'emploi des manœuvres classiques un certain degré d'incoordination des membres inférieurs.

A l'examen radiologique : Très léger voile des deux sommets ; empatement hilair et gros tractus fibreux très prononcés irradiant dans les deux champs pulmonaires en tous sens.

L'aorte est un peu élargie.

L'examen des crachats est négatif au point de vue des B. K. L'inoculation au cobaye reste également négative.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang ;

La rachicentèse n'a pu être pratiquée ; le malade s'y refuse et sort sur sa demande le 28 septembre.

En résumé : sclérose péribronchique chez un tabétique.

La syphilis est donc certaine, la tuberculose semble pouvoir être écartée.

Faire simplement des réserves parce que le malade est un ancien gazé.

OBSERVATION XI (M. Sergent)

M. Mon... 59 ans vient consulter pour un catarrhe bronchique chronique avec exacerbations intermittentes. Pas d'autres troubles. Santé générale bonne, mais aspect chétif habituel.

A l'examen, 15 novembre 1923, signes de catarrhe bronchique avec léger emphysème, sans signes de lésions en foyers.

Pas de signes cardiaques ni aortiques.

Pouls à 84 ;

T. A. 13 / 8 ;

Jamais de fièvre ; pas de B. K. dans les crachats. Par contre la réaction de B. W. a été positive en mai dernier.

A la radio, image de sclérose broncho-pulmonaire avec arborescences très accentuées et empâtements parahilaires nodulaires. Légère attraction du médiastin vers la droite.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Nez imperméable congénitalement. Aspect toujours chétif, toussueur constant.

Syphilis à l'âge de 23 ans ; pas d'accidents spécifiques ultérieurs

A 37 ans, diagnostic fait par Barth de bronchite chronique d'origine naso-pharyngée avec induration du sommet droit.

Jamais de crachats fétides.

En 1911, à 46 ans, une petite hémoptysie rattachée à un infarctus pulmonaire.

Une seconde hémoptysie il y a 15 jours.

En résumé : Sclérose broncho-pulmonaire chez un ancien syphilitique. Pas de tuberculose.

OBSERVATION XII

Mme Sch... âgée de 24 ans vient consulter parce qu'elle tousse et se sent très fatiguée.

Il y a un an étant enceinte de cinq mois, elle se met à tousser et à expectorer assez abondamment. L'accouchement se fait à 7 mois et depuis ce moment la malade continue à tousser sans arrêt.

Malgré un séjour de 3 mois à la campagne aucune amélioration.

Depuis deux mois, l'amaigrissement a été de 6 kilogrammes.

Antécédents : Aucun passé pulmonaire, aucune maladie antérieure.

A part la dernière grossesse déjà signalée, la malade a été deux autres fois enceinte.

La première fois en 1921, elle fait une fausse couche de 5 mois 1/2 sans raison apparente.

La deuxième fois en 1923, accouchement au forceps à 6 mois 1/2. L'enfant n'est pas viable.

La troisième grossesse que nous avons déjà signalée s'est terminée à 7 mois par l'accouchement spontané d'un enfant vivant qui meurt à cinq semaines.

La mère ne peut préciser la cause de cette mort, mais il est à noter qu'à la Maternité où elle accoucha on lui fit ainsi qu'à l'enfant une prise de sang (dont elle ignore le résultat).

Le mari serait bien portant (?)

Les parents de la malade et ses 9 frères et sœurs seraient également bien portants.

Examen le 23 septembre 1926 : Etat général assez bon ; pas de fièvre.

Appareil pulmonaire : Légère submatité de la fosse sus-épineuse droite ;

Aucune modification des vibrations vocales ;

Quelques sibilances très discrètes aux deux bases.

A la radio l'ensemble des deux champs pulmonaires est normal ; mais de gros tractus fibreux, surtout accusés à gauche les parcourent du hile à la périphérie.

Cœur normal.

P. 80 ; T. A. 13-8.

Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière, tous les réflexes sont normaux.

Rien à signaler dans les urines.

Pas de stigmate de spécificité.

Les crachats ne contiennent pas de B. K. ni à l'examen direct, ni après homogénéisation.

L'inoculation au cobaye est négative.

Mais réaction de B. W. fortement positive dans le sang.

En résumé : Syndrome de sclérose péribronchique ;

Syphilis certaine ;

Pas de tuberculose.

* * *

Dans ce premier groupe d'observations, où les symptômes cliniques et radiologiques indiquent nettement, dans tous les cas, l'existence d'une sclérose pulmonaire péribronchique, la syphilis est constamment prouvée, soit par la notion d'un accident spécifique antérieur avoué par le malade, soit par la présence de stigmates classiques (leucoplasie, signe d'Argyll-Robertson) ou l'existence de manifestations toujours en évolution (tabès, aortite, etc). Dans presque tous ces cas, la réaction de B. W. dans le sang est fortement positive). Mise à part l'observation X où l'on relève l'influence possible des gaz irritants, aucun facteur de sclérose ne semble pouvoir être incriminé en dehors de la vérole.

L'absence de B. K. dans les crachats, contrôlée par des homogénisations répétées, voire des inoculations au cobaye, l'absence de tout épisode aigu ressemblant de près ou de loin, à une poussée évolutive de tuberculose, nous paraissent suffire à écarter l'idée de cette dernière affection.

Par ailleurs, les hémoptysies signalées dans l'une de ces observations (obs. IX), la localisation apicale dans plusieurs autres d'entre elles, ne nous semblent nullement incompatibles avec ce que nous savons du mode d'action de la syphilis des bronches. Toute bronchopathie, si minime que soit sa tendance ulcéreuse, peut donner lieu évidemment à des phénomènes hémorragiques : lorsque le rôle de la syphilis est aussi facile à établir que dans les cas précédents, il devient au moins inutile de faire intervenir l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire, que, ni les examens cliniques, ni les recherches de laboratoire n'arriveraient à mettre en évidence.

Quant à la localisation apicale des lésions, il semble admis actuellement qu'elle puisse se rencontrer en cas de sclérose purement syphilitique, et J. Dalsace, dans sa thèse, en a rapporté plusieurs exemples.

B. — Cas de bronchopathies syphilitiques où l'influence de la tuberculose quoique n'étant pas évidente doit cependant être suspectée.

OBSERVATION XIII

M. L..., 52 ans, garçon de magasin, entre à la Charité pour toux persistante et expectoration abondante.

En dehors de l'érysipèle, apparu à deux reprises à 20 ans, puis à 25 ans, il n'y a à signaler dans ses antécédents qu'un long passé pulmonaire : la première manifestation semble en remonter à octobre 1910 sous forme d'un épisode fébrile que le malade intitule « congestion pulmonaire », ayant débuté brusquement et duré environ six mois.

A partir de cette époque il n'a pas cessé de tousser.

En 1914 il part au front ; versé en 1915 dans les ambulances, il reste à peu près bien portant jusqu'en 1918. A ce moment nouvelle « congestion pulmonaire » qui dure six semaines.

Depuis plusieurs bronchites l'hiver.

En février 1925, il est venu à la consultation du service, pour une bronchite. Un examen des crachats fut négatif au point de vue des bacilles de Koch.

Examen le 17 juin 1925 : Assez bon état général.

Appareil pulmonaire. — *En avant*, à gauche : diminution du son de percussion et des vibrations ; respiration très obscure ; quelques sibilances surtout dans la région moyenne ; à droite : respiration de suppléance ;

En arrière : tout l'hémithorax gauche respire moins bien que le droit. On trouve, à gauche, à la partie inférieure du poumon, de nombreux râles sous-crépitaux et sibilants.

Partout ailleurs respiration emphysémateuse.

Examen radiologique. — 1^o *La radiologie simple* montre l'existence de nombreux tractus bronchiques parcourant les deux champs

pulmonaires. Dans les régions para-hilaires, on note même la présence de petits anneaux sombres, disposés par groupes de 3 ou 4, et représentant vraisemblablement des coupes de grosses bronches sclérosées.

Entre les tractus broncho-vasculaires, le parenchyme pulmonaire n'est pas resté indemne et l'on y rencontre de petites taches floconneuses disséminées.

En outre les deux sommets sont voilés.

2° *La radiographie après lipiodol*, ne permet pas par contre, de distinguer la moindre ectasie bronchique.

Examen du cœur : pointe déviée, battant dans la partie haute du 6^e espace intercostal un peu en dedans de la ligne mamelonnaire ;

A la base, second bruit claqué, et léger souffle systolique au foyer aortique.

T. A. 17-7.

Rien à signaler au point de vue des autres appareils.

Les divers réflexes cutanés et tendineux sont normaux.

Les pupilles sont un peu ovalaires, la droite plus grande que la gauche, mais réagissant bien à la lumière.

A noter de la leucoplasie buccale très nette.

Evolution de la maladie. — Dans les semaines qui suivent, l'état général se maintient assez bon, bien que la température soit un peu dénivelée, et le poids reste stationnaire.

Cependant le malade continue à tousser et à expectorer quotidiennement environ 40 grammes de crachats purulents et d'odeur fade.

Malgré les recherches répétées, le B. K. n'a jamais pu y être mis en évidence.

Par contre la réaction de B. W. dans le sang est fortement positive.

Le 20 juillet, sorti de l'hôpital sans changement.

En résumé : Syndrome de bronchite chronique et emphyseme.

Pseudo-dilatation des bronches.

Syphilis certaine.

Tuberculose probable, étant donnée l'évolution de la maladie et l'aspect des images radiologiques ; mais ne peut être prouvée (absence de B. K. dans les crachats).

OBSERVATION XIV

Mme Gue... âgée de 59 ans, entre à l'hôpital pour une hémoptysie abondante.

Le début de l'affection remonterait aux dires de la malade, à l'âge de 40 ans et aurait coïncidé avec la suppression des règles.

A partir de ce moment des crachements de sang se répètent à intervalles réguliers, quelquefois tous les quinze jours, quelquefois tous les six mois (avec cependant une interruption de six ans, entre l'âge de 43 et de 49 ans).

Aucun autre incident pulmonaire, si ce n'est une bronchite il y a deux ans. Cette bronchite a duré un mois, mais précisément à l'époque où les crachements de sang avaient disparu d'une façon passagère.

Depuis la malade grailonne et tousse d'une façon continue, avec une expectoration muqueuse très peu abondante.

L'état général s'est maintenu relativement bon. Jamais de sueurs ni de fièvre.

Antécédents. — A part la bronchite déjà signalée, on note uniquement la rougeole dans l'enfance.

Trois enfants vivants, une fausse-couche, une petite fille morte à 3 ans accidentellement.

Mari mort à 45 ans de congestion pulmonaire avec pleurésie sèche (?) (la malade avait alors 46 ans).

Rien chez les collatéraux.

Examen le 12 novembre 1925. — *Appareil respiratoire.* — *En avant, à gauche :* diminution de la sonorité, avec élévation de la tonalité sous la clavicule gauche ; diminution des vibrations dans

la même région ; diminution très nette du murmure vésiculaire dans la profondeur, souffle transmis peu intense, quelques râles bulleux après la toux ; au-dessous, ronchus et frottements ;

A droite : respiration un peu emphysémateuse, quelques ronchus ;

En arrière à gauche : fosse sus-épineuse, sonorité diminuée, tonalité élevée ;

Respiration ronflante, un peu emphysémateusé ;

Quelques râles fins après la toux.

Ailleurs : sonorité normale ;

Vibrations conservées ;

Nombreux ronchus ;

Sibilances discrètes ;

Pas de signes de lésions en foyer.

A droite : quelques ronchus.

Dans l'aisselle gauche : sonorité normale ;

Quelques ronchus ;

Quelques sibilances.

Aisselle droite : sonorité normale ;

Quelques ronchus.

A l'examen radioscopique : nombreux tractus bronchovasculaires des deux côtés : les arborisations sont assez grosses dans les régions hilaires, mais deviennent de plus en plus fines et serrées à mesure qu'on s'éloigne du hile.

Léger empâtement des hiles surtout à droite ; quelques petits nodules calcifiés disséminés.

Les autres appareils sont normaux.

T. A. : 14-7.

Evolution de la maladie. — Petites hémoptysies répétées mais minimes.

Plusieurs examens des crachats, effectués tant au moment des crachements de sang que dans leur intervalle, sont *restés constamment négatifs*.

Par ailleurs la réaction de B.-W. dans le sang a été à *deux reprises fortement positive*.

Soumis à un traitement par le Quinby.

Le 15 décembre sort pour aller à Brévannes :

L'état général est conservé ;

L'état local stationnaire.

En résumé : Syndrome de bronchite chronique, syphilis certaine.

Tuberculose fibreuse possible étant donné :

L'évolution de la maladie ;

L'aspect radiologique des poumons ;

La mort suspect du mari de la malade.

OBSERVATION XV

Mme Mor..., 53 ans, vient à la Consultation parce qu'elle tousse et se sent fatiguée.

Cette malade qui habite Paris depuis 30 ans, tousse chaque hiver depuis 12 ans, sans modification de l'état général. Chaque période de toux s'accompagne de crises d'étouffement nocturne, suivies de rejet de glaires « comme du blanc d'œuf » dit la malade.

Il y a deux ans, ayant pris sa mère à sa charge, elle subit un surcroît de fatigue, et de cette époque date le commencement de son amaigrissement actuel (de 130 livres passe à 109 en moins de deux ans).

L'hiver dernier, toux et crises de dyspnée habituelles, mais au lieu de rétrocéder assez facilement comme les années passées, l'expectoration glaireuse devient épaisse et elle y remarque même la présence de crachats rosés.

Effrayée et se sentant plus fatiguée, elle vient consulter à la Charité, le 20 mai 1924.

Ce jour-là on lui trouve :

Cliniquement, un peu de submatité du sommet droit, avec respiration soufflante, sans adventices :

Radioscopiquement, une diminution de transparence de tout l'hémi-

thorax droit, sans qu'il y ait voile homogène, mais petit piqueté qui s'accentue vers le hile ;

A gauche, même aspect mais au pourtour de la région hilairesseulement.

Le sommet gauche s'illumine mieux que le droit.

Actuellement, 2 juin 1925, les quintes de toux nocturnes, deviennent de plus en plus fréquentes, à tel point qu'elles empêchent le sommeil. En même temps les crachats deviennent plus abondants, bien que, dit la malade « ils soient plus difficiles à ramener ».

Du point de vue de l'état général, à part l'amaigrissement de 10 kilogrammes en 22 mois, il faut signaler une température oscillant entre 37°5 et 38°5.

Pas d'autres troubles généraux.

Comme antécédents. — Fièvre typhoïde à 9 ans ; ovariectomie double à 30 ans ; angine diphtérique à 38 ans ; ictère catarrhal à 50 ans.

A l'examen, pas de stigmates de syphilis ; pas d'inégalité pupillaire ; pas d'adénopathie sus-claviculaire.

Appareil pulmonaire. — L'expansion inspiratoire du thorax est identique à droite et à gauche.

En avant, tonalité plus élevée à droite qu'à gauche, pas de modifications appréciables des vibrations ; pas d'adventices, pas de frottements.

En arrière, pas de modifications des vibrations, caractère de la respiration plus rugueux qu'en avant ; amortissement net du son de transsonnance ; quelques ronchus disséminés.

L'examen radiologique montre un thorax clair (clarté plus marquée que normalement sur laquelle s'estompe l'image des côtes).

Une radiographie permet de souligner l'existence de nombreuses et fines arborisations, parties du hile de chaque côté, et s'épanouissant dans les deux champs pulmonaires. Empatement hilair surtout accentué à droite ; trois ou quatre gros ganglions calcifiés dans les régions parahilaires.

Presque rien d'anormal n'est à noter pour les autres appareils.

Quelques douleurs sans caractères particuliers siègent dans la région sus-ombilicale ; quelquefois des nausées le matin, mais sans vomissements ; signe de Murphy net.

Système nerveux normal.

Cœur normal.

Tension 8-15.

Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

L'examen des crachats pratiqué à plusieurs reprises et lors des consultations antérieures s'est montré constamment négatif.

Mais à deux fois, la réaction de B.-W. est positive dans le sang très fortement.

Evolution de la maladie.

La toux et l'expectoration se modifient peu ; les signes physiques restent sans changement.

Le 23 juillet, la malade est soumise à une série d'injections de Quinby.

L'état général paraît s'améliorer. La température tend vers la normale.

Sortie le 27 août pour se rendre au sanatorium d'Ivry.

En résumé. — Bronchite chronique syphilitique.

L'influence de la tuberculose est à discuter à cause de la longue évolution de la maladie et de l'image radiologique (sommets gris et ganglions calcifiés).

OBSERVATION XVI (M. Sergent).

M. M..., 54 ans est vu pour la première fois par M. Sergent le 7 avril 1926, à propos d'une hémoptysie de moyenne abondance, et se prolongeant depuis 14 jours.

Le malade aurait déjà eu une première hémoptysie en 1916 et une seconde en 1918.

Il tousse depuis l'époque de ses premiers crachements de sang, mais n'a jamais présenté le moindre épisode aigu.

Rien à signaler dans ses antécédents si ce n'est *la syphilis* contractée à l'âge de 20 ans.

Marié à 35 ans ; pas d'enfants.

Père mort emphysémateux (?) mère bien portante (72 ans).

Deux sœurs bien portantes.

A l'examen du 7 avril 1920. aspect floride ;

L'hémoptysie n'est plus que très minime.

Au point de vue des poumons : Signes d'induration fibreuse du sommet droit ; plus discrets à gauche ;

Signes d'emphysème également discrets et de catarrhe bronchique peu intense ;

Le malade a en outre une laryngite depuis quatre jours ;

Rien au cœur.

T. A. 13 1/2 - 8 1/2.

Aucun stigmat actuel de spécificité.

L'examen des crachats est absolument négatif.

L'examen radiologique pratiqué quelques jours plus tard au moment de la cessation de l'hémoptysie, confirme les signes stéthoscopiques précédents ; on note en particulier une ombre non homogène au sommet droit et l'existence de fines arborescences bronchiques, irradiant dans les deux champs pulmonaires.

Le malade est vu pour la *deuxième fois le 16 avril 1920* ;

Persistance d'une expectoration muco-purulente avec stries sanglantes ; mêmes signes locaux, mais disparition des symptômes de laryngite aiguë ;

P. 80 ; T. A. 13 1/2 - 8 1/2.

Pas de fièvre ;

Un nouvel examen des crachats est négatif comme le premier.

La réaction de B. W. est également négative dans le sang.

Traitement : repos à la campagne, sirop iodotannique, récalcification ; suppositoires de Hg.

Vu pour la troisième fois le 26 février 1925.

S'est très bien porté depuis ; très bon aspect général.

Il y a un mois, a néanmoins fait une nouvelle hémoptysie ; depuis il expectore tous les matins quelques crachats de sang pur,

et, dans les journées ses crachats contiennent quelques filets de sang.

Pas de fièvre ; aucune gêne. sauf un peu d'oppression d'effort.

P. 92 ; T. A. 16-10.

Localement, signes stéthoscopiques des plus discrets : aux sommets, et surtout à droite, petite diminution de sonorité, murmure vésiculaire faible, expiration soufflante, pas de bruits adventices.

Dans le reste des poumons, respiration un peu emphysémateuse et quelques sibilances.

Rien au cœur, ni à l'aorte ;

Rhino-pharynx normal.

Traitement : tanin et sirop iodotannique.

En résumé : Induration fibreuse des sommets.

Syphilis ancienne.

Tuberculose à discuter à cause du mode spécial de l'évolution par poussées successives et de la fréquence des hémoptysies.

OBSERVATION XVII (M. Sergent).

Mme Bra... 40 ans, aspect général plutôt floride.

Vient consulter le 30 octobre 1925 pour une toux quinteuse, incessante, avec expectoration muco-purulente abondante, depuis un an. Jamais d'hémoptysie. Dyspnée d'effort ; crises nocturnes asthmatiformes.

Grand éréthisme nerveux.

Règles régulières.

P. 80 ; T. A. 12 1/2-8.

La pupille droite est plus grande que la pupille gauche.

Pas d'adénite sus-calviculaire, ni de douleur à la pression dans les zones d'alarme ;

Grande scoliose à concavité droite avec affaissement de la partie supérieure de l'hémithorax droit ;

Matité de la moitié supérieure de l'hémithorax droit, en avant et

en arrière, avec souffles de condensation et râles sous-crépitaux nombreux.

Signes de catarrhe bronchique dans le reste des deux poumons, avec submatité du sommet gauche en arrière et quelques sous-crépitaux.

La radiographie confirme le diagnostic de condensation du lobe supérieur droit et de sclérose broncho-pulmonaire diffuse.

Antécédents : Père mort de pneumonie.

Mère morte dans l'enfance (?)

Un frère bien portant.

Antécédents personnels : une bronchite à 12 ans ; a toussé l'hiver.

Mariée il y a quatorze ans ; le mari est bien portant. Ni grossesse, ni fausse couche.

Il y a cinq ans une bronchite qui n'a jamais cessé depuis.

Le 7 novembre. — La recherche des B. K. dans les crachats est négative (cet examen s'était déjà montré négatif il y a un an).

Par contre la réaction de B. W. dans le sang est nettement positive.

La malade est soumise à un traitement hygiéno-diététique et à des injections d'hectine B.

Le 27 novembre. — Amélioration de l'état général. Pas de fièvre. Bon appétit.

P. 80 ; T. A. 11 1/2 — 8.

Persistance de la toux quinteuse et des crises asthmatiformes ; mêmes signes stéthoscopiques.

Traitement : suppositoires de Hg et sirop iodotannique.

Le 17 février 1926. — Persistance du catarrhe bronchique et des crises asthmatiformes.

Jamais de température ; troubles dyspeptiques persistants ; mêmes signes stéthoscopiques.

P. 84 ; T. A. 11 1/2-7 1/2.

En résumé : Bronchite chronique et emphysème chez une syphilitique avérée.

La tuberculose ne peut pas être écartée étant donnée la

longueur particulière de l'évolution de la maladie, qui est entrecoupée de plusieurs poussées aiguës ; noter également la grosse condensation du lobe supérieur droit qui est en faveur de la tuberculose.

OBSERVATION XVIII (M. Sergent).

M. P..., 40 ans, vient consulter pour dépression générale des forces apparues depuis quelques mois, à la suite d'un grand surmenage.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte à 37 ans d'une affection pulmonaire (?)

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans ses antécédents personnels, sauf, à 26 ans, la syphilis, qui fut d'ailleurs bien traitée.

Examen le 22 mai 1925. — Subictère conjonctival (habitudes d'éthylisme) ; facies en même temps anémique.

Pas de stigmates actuels de syphilis.

Du point de vue pulmonaire, on note seulement l'existence de quelques rugosités pleurales au sommet droit en arrière.

A l'examen radiologique, le thorax est large, sensiblement symétrique.

Il est peu transparent dans son ensemble, mais il faut tenir compte de l'épaisseur et de la musculature des parois.

A droite, le sommet, assez transparent à la radioscopie, est, sur la radiographie, un peu moins clair que le gauche. Il s'illumine assez bien à la toux.

L'ensemble du champ pulmonaire est finement marbré. Au hile se voit un *amas de taches lenticulaires* très noires. *Le sinus phrénopéricardique droit est bouché par une ombre très opaque qui continue le bord droit de l'ombre cardiaque.*

A gauche le sommet est clair et s'illumine bien à la toux.

Le reste du champ pulmonaire est finement marbré comme à droite.

Les deux bases jouent bien ; la coupole diaphragmatique a des mouvements amples ; les sinus sont perméables.

En position oblique l'espace médiastinal est perméable.

L'examen des urines révèle l'existence d'une légère albuminurie (moins de 0 gr. 10).

Il n'y a d'autres anomalies. Les chiffres de l'urée urinaire et sanguine sont normaux.

L'examen hématologique indique une anémie du premier degré, mais avec une formule leucocytaire normale.

La réaction de B. W. dans le sang est négative ; par contre le Hecht est positif.

Le malade est revu le 30 mai. — Pas d'accident nouveau si ce n'est quelques point douloureux retro-sternaux. Mêmes constatations d'ensemble que le 22 mai (en présence des résultats de l'examen radiographique qui montrait en particulier un élargissement de l'ombre médiane avec effacement du sinus phreno-diaphragmatique, mais sans élargissement de l'aorte, on peut poser la question d'une médiastinite syphilitique débutante).

Traitement. — Repos complet de quelques semaines ; injections d'hectine et suppositoires de Hg, alternativement.

Le 10 octobre. — Pas d'accident particulier.

Le malade se sent moins fatigué ; mais crises de dépression de temps en temps, et douleur entre les deux épaules avec « petite contraction » de la gorge.

Pas de fièvre, poids en reprise ; ni toux, ni expectoration.

Les pupilles sont égales et réagissent bien ; pas de stigmates de syphilis.

Pas de signes stéthoscopiques de lésions pulmonaires à part quelques rugosités pleurales dans la gouttière vertébrale gauche.

Rien au cœur ; P. 92 ; T. A. 13 1/2-9.

En résumé : Sclérose pulmonaire péribronchique latente, révélée uniquement par l'examen radiologique chez un syphilitique avéré.

L'existence de nodules lenticulaires calcifiés, éveille l'idée de la tuberculose.

OBSERVATION XIX

Mme P..., 48 ans, entre dans le service, parce que, depuis quinze jours, à la suite d'un refroidissement, elle tousse, et cette toux ramène une expectoration muco-purulente.

Dans les premiers jours, elle se sentait très fatiguée et accusait des frissonnements qui ont disparu par la suite. Elle n'a pas eu de point de côté.

Tous les hivers, depuis l'âge de 19 ans, la malade présente des épisodes de bronchite aiguë, et quelquefois l'examen a révélé, à ces moments, de petits foyers de congestion pulmonaire (?).

En outre, en 1918, à la suite d'une grippe, deux ganglions sont apparus à la partie supérieure de la région carotidienne gauche, ganglions du volume d'un œuf, non douloureux ; ces ganglions ont été ponctionnés, sans résultat. Puis, ils ont regressé spontanément en un mois, et ont été remplacés par un chapelet de ganglions plus petits, échelonnés, de chaque côté du cou, sur toute la hauteur de la région carotidienne.

Ces derniers existent encore actuellement ainsi qu'une légère adénopathie inguinale bilatérale.

Antécédents. — En mars 1926, intervention chirurgicale pour hémorragies utérines, qui, d'abord minimales entre les règles, étaient devenues très abondantes ; hystérectomie totale, pratiquée après biopsie (?).

Le mari est mort de bacillose pulmonaire, il y a vingt et un ans ;

Deux enfants, l'un mort à 5 ans de méningite bacillaire ;

L'autre mariée, bien portante.

Pas de fausses couches.

Examen le 24 décembre 1926. — En plus des adénopathies déjà signalées, on note :

Appareil général : moyen ; température normale.

Appareil respiratoire : respiration emphysémateuse ; sibilances et ronchus disséminés dans l'ensemble des champs pulmonaires.

A la radio, gros empâtement hilair bilatéral, gros tractus parcourant les deux poumons, du hile à la périphérie.

Image de « coupes de bronches, en nids de guêpe », nettement visibles de chaque côté de la ligne médiane.

Nombreuses calcifications aussi bien dans les régions hilaires, qu'au milieu des champs pulmonaires.

Cœur de dimensions normales.

Appareil cardio-vasculaire :

Cœur : retentissement du 2^e bruit ;

P. : 96, très dur ;

T. A. : 18,5-12 (Vaquez).

Foie : un peu augmenté de volume ;

Système nerveux : pupilles inégales (la droite en myosis), et déformées.

Signe d'Argyll-Robertson des plus nets.

Les divers réflexes tendineux sont vifs. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. Les autres réflexes cutanés sont également normaux.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Les crachats, examinés à plusieurs reprises les jours suivants, directement et après homogénéisation, ne contiennent pas de bacilles.

Par contre, la réaction de Bordet-Wassermann est nettement positive dans le sang.

Le 2 janvier, la malade est faite sortante, sur sa demande, mais doit revenir régulièrement pour subir un traitement spécifique.

Le 20 janvier, après une série d'injections de quinby, on note une réelle amélioration (atténuation des troubles respiratoires antérieurement constatés, et surtout, rétrocession très sensible des adénopathies cervicale et inguinale).

En résumé : Syndrome de sclérose bronchique et péri-bronchique, chez une syphilitique avérée (signe d'Argyll-Robertson, réaction de Bordet-Wassermann fortement positive

dans le sang). Néanmoins, malgré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, la tuberculose doit être soupçonnée, en raison du milieu tuberculeux dans lequel a vécu la malade, et surtout à cause de l'aspect particulier de l'image radiologique (abondance de formations scléro-calcaires).

Quant aux adénites cervicale et inguinale qui n'ont jamais suppuré et ne présentent aucune adhérence ni aux plans profonds, ni aux plans superficiels, il est à retenir qu'elles ont rétrocedé sous l'action du traitement antisypilitique. L'influence de la tuberculose en ce qui les concerne, doit, si elle existe, être reléguée au second plan.

OBSERVATION XX (M. Sargent)

M. Bri..., 36 ans, vient consulter, parce qu'il souffre de douleurs rétro-sternales.

Ces douleurs, sans caractères particuliers, sont apparues il y a environ six mois.

En même temps est survenue une toux, sans expectoration, sauf le matin où le malade a souvent des accès de toux avec expectoration sanguinolente.

Depuis ces mêmes six mois, ce malade a maigri de 10 kilogrammes. La température n'a pas été prise.

Antécédents : a contracté la syphilis à 18 ans ; éthylisme professionnel (cafetier) ; pas d'autres maladies antérieures ; aucun épisode pulmonaire à signaler.

Examen, le 15 juin 1925.

Appareil respiratoire. — Frottements pleuraux discrets des deux côtés, sibilances et quelques sous-crépitants discrets, aux deux sommets en arrière.

Pas de signes cardiaques ni médiastinaux.

P. 72 ; T. A. 13 9-5.

Appareil digestif et système nerveux : normaux.

Examen radiologique (19 juin 1925).

Le thorax est large, les espaces intercostaux sont larges et hori-

zontaux ; les deux sommets sont peu transparents, un peu ombrés mais s'illuminent bien à la toux, des deux côtés.

A droite, l'hémithorax est transparent ; la base est très claire. La coupole diaphragmatique est perméable.

A gauche, l'hémithorax est un peu moins transparent, avec quelques tractus accusés. La base est normale, la coupole diaphragmatique est régulière,

L'ombre cardioaortique est élargie par de grosses ombres empâtant les régions hilaires surtout du côté droit. Ces ombres hilaires sont un peu moins opaques que l'ombre vasculaire et présentent des contours assez réguliers.

En position oblique l'espace médiastinal est gris.

L'examen des crachats est négatif au point de vue des B. K. (un seul examen).

En résumé : aortite, périaortite et sclérose péribronchique chez un syphilitique avéré.

La tuberculose ne peut être écartée, à cause des signes pleuraux bilatéraux et parce qu'il n'a pu être effectué qu'un seul examen des crachats.

*
* *
*

Dans ce deuxième groupe d'observations, la syphilis est toujours évidente. Mais bien que l'existence de la tuberculose ne puisse être démontrée d'une façon satisfaisante (absence de B. K. dans les crachats) on a constamment l'impression qu'elle influence à des degrés divers, l'ensemble des éléments du tableau clinique.

Nous avons vu que les hémoptysies ou la localisation apicale des lésions, peuvent très bien se rencontrer dans les cas où la syphilis est seule en cause ; néanmoins quand ces hémoptysies se répètent sans cesse, sous forme de véritables poussées évolutives (obs. XIV et XVI), quand par ailleurs la localisation apicale devient prédominante, au point de

constituer un véritable syndrome de condensation de tout un sommet (obs. XVI), on ne peut pas ne pas penser à la tuberculose, ou, tout au moins, à la tuberculose évoluant d'une façon latente sur un terrain syphilitique.

En dehors de tout autre symptôme marquant, la radiologie à elle seule, est très capable d'orienter le diagnostic dans ce sens : chez certains bronchiteux chroniques, dont la syphilis ancienne et avérée, semblerait au premier abord expliquer tous les troubles respiratoires, les rayons X pourront en effet, d'une manière inattendue, mettre en évidence l'existence de sommets gris ou opaques, petits et pointus, bref un aspect radiologique qu'il est habituel d'attribuer à la tuberculose fibreuse. Mais c'est surtout la présence de ganglions et de nodules calcifiés, qui devra évoquer, ainsi que nous y avons déjà insisté, l'idée d'une tuberculose scléro-calcaire évoluant sur un terrain syphilitique (Sergent et Cottenot). La syphilis, lorsqu'elle est seule, ne semble pas pouvoir donner naissance à une calcification aussi intense. De là, les restrictions que nous avons formulées à la suite des observations XV et XVIII : dans ces deux derniers exemples, toutes les apparences conduisaient à incriminer uniquement la syphilis ; en réalité, la découverte radiologique de nombreuses calcifications laisse persister une réserve en faveur d'une tuberculose associée.

C — Cas d'association syphilo-tuberculeuse évidente.

OBSERVATION XXI

M. Bou... 44 ans, électricien, entre à l'hôpital en sortant de Bre-vannes parce qu'il tousse et crache plus abondamment qu'auparavant.

Le début de sa maladie remonte à 1920 ; à cet époque il a une

série de localisations bacillaires, articulaires et viscérales, qui semblent avoir précédé, cliniquement du moins, l'atteinte pulmonaire actuelle : la première manifestation de cette bacilliose est en effet une tumeur blanche du poignet, qu'on opère ; puis apparaissent, de 1920 à 1922, une tumeur blanche de l'épaule gauche, avec grosse adénopathie axillaire et abcès ganglionnaire qui se fistulise, et enfin une nouvelle localisation à la partie supérieure et interne du tibia gauche. Plusieurs opérations successives parviennent à l'améliorer, lorsque survient une épидидymite droite. En 1923, ablation du testicule droit.

Le malade est soumis à un traitement par l'iodure de potassium lorsqu'un mois environ après l'intervention sur le testicule droit, le gauche enfle à son tour et devient douloureux ; une fistule s'établit à ce niveau qui existe encore actuellement.

Signalons l'apparition en 1923, d'une fistule anale qui suppure toujours d'une manière intermittente.

Toutes ces localisations bacillaires s'étagent entre 1920 et 1924 et semblent avoir précédé les manifestations pulmonaires actuelles. Durant cette période le malade a notablement maigri, mais il n'a pas craché ni toussé, et n'a jamais ressenti de points de côté.

En 1924, il part à Brevannes, et c'est alors que, pour la première fois, il fait une hémoptysie, peu abondante d'ailleurs (un demi-cra-choir).

Cette hémoptysie a été suivie d'une expectoration sanglante laquelle s'est reproduite à plusieurs reprises (quelques crachats seulement).

Pas de poussée évolutive avant ou après son hémoptysie ; pas de fièvre, pas de sueurs ou de frissons, ni d'amaigrissement plus rapide qu'auparavant.

Mais pourtant depuis cette hémoptysie il tousse et crache de plus en plus fréquemment.

Actuellement il continue à avoir peu de signes fonctionnels ; il expectore assez abondamment (60 grs. de crachats par jour environ).

Des bacilles ont pu être mis en évidence dans son expectoration en 1924 mais n'ont jamais été retrouvés depuis.

Pas d'hémoptysie récente.

Il dort et mange bien.

Examen le 22 octobre 1925.

Les tumeurs blanches opérées : on ne trouve pas de limitation étendue des mouvements sauf au poignet gauche qui le siège d'une ankylose presque complète.

L'athrophie musculaire est peu marquée ; pas de troubles trophiques pas de douleurs à la pression, ni au cours des mouvements.

Cicatrices vertiges des anciennes fistules.

Les fistules épididymaires et anales persistent et suppurent de façon intermittente.

Au toucher rectal, vésicule gauche injectée au suif et fortement indurée.

Appareil pulmonaire :

En avant, très légère élévation de tonalité à gauche, sous la clavicule, sans modification appréciable des vibrations ;

La respiration, dans les deux fosses sous claviculaires est rugueuse et l'on entend, après la toux, quelques râles fins sous les deux clavicules surtout à droite ;

En arrière, les vibrations sont égales des deux côtés ; dans la fosse sus-épineuse gauche, la tonalité du son de percussion est plus élevée qu'à droite.

Respiration rugueuse des deux côtés, surtout à gauche, avec retentissement plus marqué de la voix et de la toux.

Quelques sibilances disséminés.

Pupilles égales, régulières, en mydriase, mais réagissant normalement à la lumière ;

Pas d'adénopathie sus-claviculaire.

L'examen radiologique montre qu'il existe un voile des deux sommets surtout net à gauche ;

Des tractus arborescents nombreux dans les champs pulmonaires ; un empatement hilair surtout marqué à gauche et dans la

région para hilare du même côté, trois petit nodules calcifiés superposés.

Cœur normal.

P. 72 ; T. A. 12,5-5 ;

Foie ne dépassant pas le rebord costal.

Dans les urines ni sucre, ni albumine.

L'examen du sang a donné une réaction de B.-W. très nettement positive.

L'étude des antécédents est pourtant muette à cet égard. Le malade dit n'avoir jamais été souffrant auparavant malgré sept ans de colonie et quatre ans de guerre.

Pas marié, pas d'enfants.

L'aorte est normale.

Les différents réflexes cutanés et tendineux sont normaux.

Pas de leucoplasie, ni aucun stigmatisme de spécificité.

Evolution de la maladie : les semaines suivantes, le malade continue à expectorer chaque jour, une cinquantaine de grammes de crachats.

Malgré des examens répétés, avec et sans homogénéisation, on ne peut retrouver les bacilles dont la présence y avait été signalée une seule fois en 1924.

L'état général est relativement bon, le poids augmente progressivement.

La température reste absolument normale. Pas de modification des signes locaux.

En résumé : Tuberculose à forme scléro calcaire, avec bronchite et emphysème chez un syphilitique.

OBSERVATION XXII

M. Ser..., 62 ans, artiste lyrique entre à l'hôpital pour toux et expectoration.

Il a été autrefois aux colonies (Cochinchine, Tonkin, Guyane)

et au cours de ces divers séjours, contracta le paludisme et la dysenterie (Il y a trois ans encore il eut un accès paludéen accompagné de diarrhée ; un traitement émétinique institué à ce moment fit disparaître les troubles intestinaux).

Revenu des colonies en 1911, il exerça depuis lors la profession d'artiste lyrique jusqu'en 1914 date à laquelle il s'engagea. Il eut une première blessure superficielle dont il guérit complètement.

En 1915, il fut gazé devant Ypres, d'une façon assez légère sans doute puisqu'il ne fut même pas évacué à ce moment. C'est pourtant à cette époque qu'apparurent les premiers symptômes de la maladie actuelle (toux et expectoration).

En 1916 plusieurs hémoptysies successives, nécessitèrent son admission dans un hôpital où il resta en traitement plusieurs mois, après quoi il fut envoyé dans un sanatorium. Le sanatorium l'améliora considérablement, mais cette guérison apparente ne fut que temporaire, puisque, trois mois plus tard, il devait faire un nouveau séjour à l'hôpital.

En 1922, il contracta une pleurésie gauche, traitée par des ponctions suivies d'insufflations d'air, et guérie en un mois.

En 1924, cette pleurésie récidiva. C'est à peu près vers la même époque qu'apparut progressivement une tuméfaction de la région latérale du poignet, bientôt accompagnée d'une tuméfaction analogue du creux poplité.

Le malade était alors hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Caussade qui porta le diagnostic de synovite tuberculeuse et proposa « un grattage » qui devait être exécuté dans le service du Pr Hartmann ; mais au dernier moment, on préféra l'envoyer dans un sanatorium à Menton, où l'héliothérapie eut une influence favorable sur les lésions.

A l'histoire de cette maladie vient se surajouter une notion de troubles psychiques qui nécessitèrent pendant quelques mois un internement à Vaucluse, avec le diagnostic de « crises nerveuses ». Il persiste actuellement comme séquelles de cet état psychique, une amnésie surtout accusée pour les faits récents, et certaines

idées de revendication. Il semble en outre, que le malade ait eu des crises épileptiformes, avec morsure de la langue.

Examen du 12 juin 1925. — Etat général relativement bien conservé. Température un peu dénivelée aux environs de 37°5.

Les pupilles sont inégales mais réagissent à la lumière ; (P. D. plus grande que P. G.).

Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux.

Leucoplasie buccale manifeste ;

Appareil respiratoire. — *En avant à droite* : diminution considérable du murmure vésiculaire, avec sibilances profondes ;

Respiration emphysémateuse des deux côtés ;

En arrière : souffle bronchique hilaire très accentué à gauche. Pas de râles humides.

Appareil cardiaque : léger éclat du 2^e bruit aortique.

P. 76 ; T. A. 16,5-7,5.

Examen radiologique. — Dans l'ensemble l'image radiologique évoque immédiatement celle de l'emphysème avec espaces intercostaux larges et très clairs dans la partie moyenne et inférieure.

A gauche cependant, tout l'hémitorax, présente une obliquité plus grande des deux côtés, et l'hémidiaphragme est fixé en dehors.

Les deux apex sont nuageux, mais conservent une illumination partielle.

Les bords de l'ombre médiane sont flous ; empatement hilaire bilatéral très accentué, avec gros tractus broncho-vasculaires qui en partent pour irradier dans tous les sens ; de chaque côté de l'ombre hilaire deux ou trois images évoquant l'idée de « coupes de grosses bronches » sous forme d'anneaux cerclés de noir.

Le cœur ne paraît pas augmenté de volume, mais de la crosse aortique, on voit s'élever deux cornes, surtout en position oblique : le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive.

L'espace clair médian, élargi par la déformation emphysémateuse est gris sombre sur toute son étendue.

Rien à signaler par ailleurs si ce n'est la tuberculose concomitante des synoviales du poignet. Des radiographies faites à ce niveau, montrent l'absence de toute lésion osseuse correspondante.

L'examen des crachats est positif (après homogénéisation).

La réaction de B. W. dans le sang est négative.

Evolution de la maladie. — Le malade a pu être suivi pendant trois semaines dans le service.

Aucun nouvel incident.

Persistance des mêmes signes locaux.

Amélioration de l'état général et augmentation régulière du poids de 62 kgr. 500 à 65 kgr. 200.

La température reste toujours un peu dénivelée.

En résumé : tuberculose fibreuse avec bronchite et emphysème (B. K. dans les crachats).

Syphilis certaine.

Influence de gaz irritants (?).

OBSERVATION XXIII (M. Sergent)

M. Jan... 40 ans, vient consulter parce qu'il tousse et expectore d'une façon irrégulière, présente de temps à autre quelques poussées fébriles, et surtout se sent très fatigué. Cependant pas d'amaigrissement et conservation de l'appétit.

Pas de dyspnée à proprement parler, mais quelques crises d'asthme chaque année.

Antécédents. — Le malade a eu en effet une première crise d'asthme à l'âge de 15 ans. A 18 ans une pleurésie (?) non ponctionnée ; bien portant pendant les dix ans qui suivent ; deux ans de guerre au front, En 1916, une congestion pulmonaire (?) il repart au front ensuite, est intoxiqué par les gaz et évacué une deuxième fois. Puis la même année (1916) fait une hémoptysie.

Il est réformé et depuis ce temps demeure à peu près bien portant. Mais depuis six mois environ, commence à se sentir très fatigué.

Température dénivelée, mais pas d'amaigrissement.

La présence de Bacilles de Koch dans l'expectoration a été constatée pour la première fois en 1916

L'examen des crachats était encore positif il y a deux mois.

A contracté la syphilis il y a un an.

Examen de l'appareil respiratoire. — Signes de condensation du type fibreux du lobe supérieur droit.

Signes plus discrets à gauche : quelques sibilances disséminées, avec respiration un peu emphysémateuse.

La radiographie montre une image de tuberculose fibro-calcaire, surtout prononcée à droite où l'on voit comme il est de règle, de riches arborescences bronchiques, et des nodules sombres lenticulaires dans la région parahilaire.

En résumé : Réveil par la syphilis, après la guerre et les gaz, d'une tuberculose pulmonaire bâtarde, s'étant manifestée par de l'asthme à 15 ans, puis par une pleurésie à 18 ans.

OBSERVATION XXIV

Mme Tou... couturière, âgée de 53 ans, entre dans le service pour toux, expectoration, gonflement et douleur du genou droit, douleur à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Le début des accidents pulmonaires remonte à 1915 ; il fut assez brusque, par un point de côté, de la toux accompagnée d'expectoration, mais avec conservation d'un bon état général. La malade alla consulter un médecin qui porta le diagnostic de tuberculose pulmonaire, la soigna, et au bout d'un an environ, elle se trouva très améliorée. Depuis cette époque son état est resté stationnaire du point de vue pulmonaire.

Mais cette malade était en même temps syphilitique : à 20 ans, en effet, elle avait un chancre des grandes lèvres, suivi de roséole et de plaques muqueuses. Elle est traitée depuis assez irrégulièrement ; récemment encore la réaction de B.-W. était positive dans le sang.

Il y a quatre ans, elle commença à ressentir des douleurs dans le genou droit ; puis elle se mit à boiter légèrement, la marche

devenant de plus en plus pénible et le genou augmentant progressivement de volume. Bientôt les mouvements devenaient tout à fait limités et douloureux, et actuellement la malade ne peut plus se servir du membre atteint.

En dernier lieu, depuis deux mois, elle souffre de la partie inférieure de la colonne vertébrale ; ces dernières douleurs, sont continues avec exacerbations nocturnes ; elles sont exagérées par le mouvement ; enfin elles irradient le long de la paroi abdominale, de là s'étendent jusqu'à la face antérieure de la cuisse, près du genou. Ces irradiations existent des deux côtés, mais sont plus nettes à droite qu'à gauche.

Examen le 5 janvier 1926.

Appareil respiratoire. — Actuellement la malade tousse très peu ne crache pas ou à peine, ne ressent pas de point de côté, n'a pas de dyspnée.

On trouve néanmoins :

En avant, à droite : diminution de sonorité, vibrations plus fortes qu'à gauche, respiration un peu soufflante sous la clavicule.

A gauche : respiration rude.

En arrière : pas de douleur à la pression des zones d'alarme.

A droite : matité dans le 1^{er}/₃ supérieur du poumon.

Exagération des vibrations.

Quelques crépitations discrètes après la toux, à la partie interne de la fosse sus-épineuse ;

A gauche : diminution de sonorité au sommet ; respiration rude et soufflante.

Quelques sibilances.

Système osseux. — *Genou droit :* marche en demi flexion ; mouvements spontanés limités et douloureux ;

Genou globuleux, augmenté de volume ; les saillies et les méplats ont disparu.

Peau blanche, luisante, tendue ; circulation collatérale apparente, mais peu développée.

A la palpation, hyperthermie locale, douleur vive le long du fémur et du tibia, surtout à la partie externe de l'articulation ;

Interligne articulaire perceptible, ménisques saillants et douloureux, sensation de mollesse et d'empâtement, sans choc rotulien.

Mouvements provoqués très limités.

Adénopathie poplitée et inguinale.

Coude droit : énorme exostose à la partie externe de l'humérus, au-dessus du coude.

Frontal : exostose également considérable, dans la région de la bosse frontale gauche.

Rachis : gibbosité angulaire et médiane, à la partie inférieure du dos, correspondant à L₂, L₃, L₄.

Douleur vive à la pression en ce point, ainsi qu'à la percussion des apophyses épineuses voisines.

Mouvements du rachis impossibles à ce niveau.

Système nerveux : Réflexes rotuliens très exagérés, les autres réflexes paraissant normaux.

Signe de Babinski bilatéral ;

Hyperesthésie cutanée plantaire très accusée ;

Douleur à la pression des masses musculaires du mollet ;

Contractions douloureuses spontanées intermittentes.

Appareil digestif. — Quelques pituites le matin (habitudes d'éthylisme), mais foie normal.

Rien au cœur, ni au rein.

Dans les antécédents, à part la tuberculose et la syphilis déjà signalées, on ne note aucune maladie.

Deux enfants. — La première née à 7 mois, actuellement vivante ;

La deuxième à terme, morte à 5 mois 1/2 de gastro-entérite ;

Pas de fausse couche.

Des examens complémentaires ont permis de noter :

1° Que les crachats contiennent des B. K.

2° Que la réaction de B. W. est positive dans le sang.

Radiologie : 1° *des poumons* : les deux sommets sont légèrement voilés ;

Tractus broncho-vasculaires abondants et finement dessinés des deux côtés.

Il s'y joint :

A gauche un empâtement net de la région parahilaire ;

A droite, dans la même région, trois taches de ganglions calcifiés du volume d'un gros pois et entourées d'un réseau de fines marbrures ;

2° *Genou droit* : ulcérations du plateau tibial, flou du cartilage conjugal.

3° *Coude droit* : lésions ulcératives du même ordre siégeant sur l'olécrâne.

4° *Rachis* : effondrement des vertèbres au niveau de L_2 , L_3 , L_4 , et pincement des disques intervertébraux.

Evolution de la maladie. — Ces constatations faites, le malade est soumis à un traitement intensif par le bismuth.

Au bout de 3 injections, fonte du gonflement du genou droit et atténuation des douleurs de cette articulation.

Bientôt le genou redevient à peu près souple et récupère ses divers mouvements.

Par contre aucune amélioration des douleurs et de la rigidité du rachis.

Malgré la continuation du traitement à intervalles réguliers, l'état de la malade est resté par la suite stationnaire.

Elle a dû quitter le service quelques mois plus tard, par mesure disciplinaire, ses habitudes d'éthylisme la rendant intolérable.

En résumé : Deux infections prédominantes : la syphilis et la tuberculose.

La première semble être indiscutablement en cause, pour les exostoses frontales et humérales, et en ce qui concerne la pseudo-tumeur blanche du genou droit, cette dernière ayant admirablement rétrocedé sous l'influence du traitement spécifique.

Par contre le mal de Pott, étant donné le type absolument classique des lésions vertébrales, ne peut être logiquement imputé qu'à la seule tuberculose.

D'où hybridité de terrain, pour l'affection pulmonaire observée ; en un mot tuberculose fibro-calcaire, évoluant comme il est de règle chez une syphilitique.

OBSERVATION XXV (M. Sergent).

M. Ter..., 50 ans, vient consulter le 14 octobre 1925.

Aspect général moyen. Très oppressé avec respiration sifflante ; toussé et crache assez abondamment. Expectoration souvent rouillée, parfois perlée. Pas de crises d'asthme.

Température dénivelée.

Les pupilles sont égales, réagissent bien. Pas de stigmates de syphilis.

P. 88 ; T. A. 43/8.

Appareil pulmonaire : signes d'emphysème généralisé avec catarrhe sibilaire diffus.

A l'examen radiologique, le thorax est symétrique dans son ensemble. Les deux sommets sont obscurs à la radioscopie et ne montrent aucune illumination à la toux. La radiographie montre le sommet droit très obscur, mais ce fond sombre est parsemé de petites taches plus claires donnant un aspect en nid d'abeilles. L'obscurité se continue sous la clavicule dans la partie interne du champ pulmonaire, jusqu'au hile.

Le sommet gauche présente un aspect identique à celui du sommet droit. Le reste des deux champs pulmonaires est parcouru par des travées arborescentes très opaques, partant du hile, nombreuses, surtout vers la base.

La coupole diaphragmatique droite est un peu festonnée, la coupole gauche est régulière, les sinus costo-diaphragmatiques sont perméables des deux côtés.

Le jeu du diaphragme est d'amplitude moyenne.

En position oblique l'espace médiastinal est perméable.

En outre, calcifications confluentes dans les régions hilaires et en nodules isolés dans les champs pulmonaires.

Cœur petit, en goutte.

Antécédents : Bien portant jusqu'à 20 ans ; mais chétif et exempté du service militaire ;

A 20 ans première hémoptysie ;

A 32 ans, la seconde, à 37 ans la troisième.

Syphilis à 35 ans, soignée assez régulièrement.

Plusieurs congestions pulmonaires.

Poussée de pleurite sèche gauche il y a trois mois.

Début des signes de catarrhe bronchique et d'emphysème depuis l'âge de 40 ans.

B. W. toujours négatif.

B. K. positif depuis le début des hémoptysies.

Traitement. — Sirop iodotannique alternant avec récalcification simple. Suppositoires de Hg et hectine.

Revu le 14 mai 1926. A passé l'hiver à Monte-Carlo sans incident nouveau. Persistance de la gêne respiratoire et de l'expectoration. Pas d'asthme typique. Pas de fièvre.

N'a pas pu supporter les suppositoires de Hg (provocation de crises de diarrhée) ; a fait le reste du traitement.

Pas de stigmates de syphilis.

Pupilles égales ; P. 88 ; T. A. 43-8.

Mêmes signes stéthoscopiques.

En résumé : Tuberculose à forme de catarrhe bronchique et emphysème chez un syphilitique certain.

OBSERVATION XXVI

M. Flu... 56 ans, chauffeur, entre à l'hôpital parce qu'il se sent fatigué et se plaint de douleurs siégeant dans la région du cœur.

Ces douleurs précordiales existent d'ailleurs depuis de longues années ; elles surviennent aussi bien, à la suite d'un effort que dans le décubitus. Il s'agit plutôt d'une gêne que d'une douleur vraie et elle n'a, en tous cas, aucun des caractères de la douleur de l'angor.

De temps à autre le malade ressent une sensation d'étourdissement passager.

En outre il crache et tousse un peu le matin depuis de longues années.

A part cela, aucune maladie à signaler dans ses antécédents. Il n'avoue pas la syphilis.

Examen le 20 février 1926. — Etat général bon ; pas de fièvre ;

Appareil pulmonaire. — *En arrière*, à gauche matité du sommet, allant en diminuant vers la base : à l'auscultation souffle tubaire dans les régions sus et sous-épineuses, avec retentissement de la toux et quelques crépitations humides au même niveau. *À droite*, respiration normale.

En avant : respiration également normale, avec quelques rares sibilants disséminés.

Cœur : gros souffle systolique de la base ;

P 80 ; T. A. 13-9.

Reins : ni sucre, ni albumine dans les urines, mais légère hyperazotémie (0 gr. 60 d'urée sanguine).

Système nerveux : tous les réflexes cutanés et tendineux normaux

Pupilles égales et réagissant bien à la lumière.

L'examen radiologique confirme les résultats de l'examen clinique au point de vue de l'exploration des appareils pulmonaire et cardiaque.

Les deux sommets sont obscurs, mais surtout le gauche où l'on peut noter une opacité non homogène sans aspect cavitaires.

De larges tractus s'étendent du hile vers les bases.

L'ombre médiastinale est élargie, à contours flous, débordant sur la partie interne du lobe supérieur droit qui est très transparent dans sa partie externe, mais un peu brouillé en dedans par les ombres trabéculaires à point de départ hilaires. Dans la région hilaires il existe trois calcifications, chacune de la grosseur d'un pois.

En somme une image de tuberculose fibro-calcaire avec aortite et médiastinite.

Evolution de la maladie. — L'évolution complémentaire du malade a permis de constater que ses crachats d'ailleurs peu abondants contenaient des bacilles.

La réaction de B.-W. dans le sang était positive.

Soumis à un traitement par l'hectine et les suppositoires mercuriels, il n'a cessé d'augmenter progressivement de poids, tandis que ses douleurs se dissipaient.

Cependant à sa sortie de l'hôpital le 21 mars les signes locaux, cliniques et radiologiques, restaient sans changement.

En résumé : Tuberculose fibreuse, aortite et médiastinite, chez un syphilitique avéré.

OBSERVATION XXVII

M. Bei..., 40 ans, menuisier entre à l'hôpital, parce qu'il souffre depuis plusieurs années de douleurs thoraciques très intenses, qui n'ont cessé d'augmenter dans ces derniers temps.

Ces douleurs existent depuis cinq ans environ ; elles sont surtout accusées depuis un an, et comme leur reproduction est liée intimement aux périodes de digestion, elles ont entraîné une restriction alimentaire volontaire et une asthénie qui ont obligé le malade à interrompre son travail.

Actuellement il est réveillé tous les jours vers 2 ou 3 heures du matin par une sensation de faim très douloureuse, qui prend bientôt une telle intensité qu'il la compare à un broiement, et à une brûlure au fer rouge.

A ce moment l'hyperesthésie cutanée est telle, que le simple contact des draps est absolument intolérable.

Ces douleurs sont accompagnées de nausées et le malade provoque lui-même des vomissements qui ne lui apportent qu'une accalmie passagère.

Des paroxysmes atroces réapparaissent toutes les dix minutes, la crise se prolonge souvent jusqu'à 8 ou 10 heures du matin.

L'examen radiologique de l'appareil digestif, fait en avril 1926, a

montré un tube digestif normal à part un certain degré d'hypotonie de l'estomac.

Antécédents personnels. — Coqueluche et rougeole dans l'enfance.

À partir de 1914, poussées fréquentes de bronchites, l'hiver.

En 1918, une crise de rhumatisme articulaire aigu.

En 1923, épisode pulmonaire aigu. Son livret de réforme donne à cette date les renseignements suivants :

Signes d'infiltration du sommet droit ; à la radio sommet gris, à droite et couvert de petites taches confluentes ; bacilles dans les crachats.

En 1923, la réaction de B.-W. est positive dans le liquide C. R. mais négative dans le sang.

(Le malade a été traité depuis par le cyanure de Hg et le novarsenobenzol intraveineux).

Enfin, éthylisme avoué.

Antécédents familiaux. — Mère morte à 37 ans (pleurésie bilatérale).

Père éthylique mort à 47 ans (?).

Sa femme, bien portante, a fait, il y a quelques années, une fausse couche de trois mois (à la suite d'une chute).

Le malade a encore une fille bien portante.

Examen le 19 juillet 1926. Etat général médiocre ; amaigrissement ; asthénie ; appétit capricieux.

Système nerveux : réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Les autres réflexes sont normaux ;

Les pupilles sont égales et régulières et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Pas d'incoordination.

Cœur normal.

P. 80. T. A. 13-8.5.

Appareil respiratoire. — Un peu de submatité du sommet droit, et respiration ronflante à ce niveau ; sibilances et ronchus disséminés.

Examen radiologique : Léger voile du sommet droit ; empâtement

hilaire bilatéral; gros tractus fibreux partant du hile et irradiant en tous sens.

Jeu diaphragmatique normal.

L'aorte n'est pas élargie.

Appareil digestif: les crises douloureuses ne se sont pas reproduites depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

Foie et rate normaux.

Rien dans les urines.

L'examen des crachats est négatif.

La réaction de B.-W. dans le sang est fortement positive.

Le 20 juillet les crises douloureuses réapparaissent brusquement avec l'intensité que nous avons notée précédemment.

Malgré l'essai de tous les médicaments habituels, elles persistent sans répit pendant quinze jours.

Le malade est alors passé en chirurgie où M. Gouverneur doit tenter une inervation totale de l'estomac.

En résumé: Sclérose péribronchique typique chez un tabétique. Association syphilo-tuberculeuse indiscutable.

OBSERVATION XXVIII

Mme Mar..., 63 ans, entre à l'hôpital le 4 mai 1926. Elle est venue consulter, parce qu'elle se sait diabétique; mais surtout parce que des mouches de Milan qu'elle avait fait appliquer sur son pied droit, à cause des douleurs persistantes siégeant à ce point, ont déterminé l'apparition de petites plaies superficielles dont la persistance l'inquiète.

Les premiers symptômes de son diabète sucré sont apparus il y a huit ans environ. La polyurie, la polydipsie, la polyphagie s'accroissant progressivement, conduisent à pratiquer un examen de ses urines et cette analyse révèle l'existence d'une glycosurie s'élevant à une cinquantaine de grammes par litres.

Depuis cette époque, la malade est soumise à un régime alimentaire, qu'elle observe d'ailleurs d'une façon très irrégulière.

Il y a six ans, en 1920, la malade est atteinte brusquement, mais sans ictus, d'une hémiplegie droite. Elle est transportée à Saint-Antoine où on lui fait une ponction lombaire. (Elle ne connaît d'ailleurs pas le résultat de cette rachicentèse, mais elle affirme qu'aucun traitement spécifique ne lui a été fait par la suite.)

Un mois après le début de cet accident, la malade commence à pouvoir marcher.

La paralysie du membre inférieur droit regresse en effet peu à peu, mais le membre supérieur du même côté n'a jamais récupéré la totalité de ses mouvements.

La malade se plaint en outre d'éprouver depuis son hémiplegie des vertiges persistants et qui, dans ces derniers temps, sont devenus de plus en plus intenses.

Il y a cinq semaines, apparition de douleurs extrêmement vives dans toute la jambe gauche, partant du pied et ayant leur maximum dans le mollet.

Antécédents : A part le diabète et l'hémiplegie déjà signalés il faut noter :

A l'âge de 14 ans des *troubles oculaires*, que la malade désigne sous le nom de « cataracte double », mais qui nous semblent plutôt rentrer dans la catégorie des kératites (taies bilatérales sur les cornées).

Bronchites à répétition tous les hivers ; juste avant d'entrer dans le service, la malade a eu une grosse bronchite, et a craché quelques filets de *sang* à plusieurs reprises.

Elle a été réglée régulièrement de 12 à 49 ans

Jamais d'enfants ni de fausse couche ;

Antécédents familiaux : Père mort d'accident ;

Mère morte à 46 ans ; avait des crises d'étouffement (asthme ?) ;

A eu deux maris : le premier mort accidentellement ;

Le second toujours vivant, a été gazé pendant la guerre, a eu une pneumonie il y a deux ans, et depuis, aurait des bronchites à répétition.

Examen du 4 mai 1926. — Bon état général.

Appareil respiratoire. -- Un peu de submatité du sommet droit ;

Quelques sibilances aux deux bases ;

Pas de bruits adventices ;

Appareil circulatoire. — Cœur : un peu de clangor du deuxième bruit à la base.

P. 70 ;

T. A. (Vaquez) 18-8 ;

Aux membres inférieurs, les oscillations à l'appareil de Pachon, faibles à droite, sont impossibles à mettre en évidence du côté gauche.

Système nerveux : Séquelles d'une hémiplegie organique du côté droit (réflexes exagérés, réflexe cutané plantaire en extension).

Malgré la présence de taies cornéennes on peut aisément rechercher si les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Examen radiologique. — Léger voile du sommet droit ; on remarque de nombreux tractus fibreux bilatéraux, fins et serrés, irradiant dans les champs pulmonaires. Empatement hilaire des deux côtés ; présence de trois anneaux sombres (en nid de guêpe) dans la région parahilaire droite.

L'aorte est un peu élargie.

Examen des crachats. — Après plusieurs recherches infructueuses, l'homogénéisation a permis d'y déceler quelques B. K.

Les réactions de B.-W. et de Bauer dans le sang sont fortement positives.

Dans les urines : glycosurie atteignant 120 gr. 75 par vingt-quatre heures.

Pas d'albuminurie.

Pas de corps cétoniques.

L'hyperglycémie est de 2 gr. 65 %.

Pas d'hyperazotémie.

Par la suite, l'état général de la malade s'est maintenu assez satisfaisant. A part les douleurs localisées au membre inférieur gauche (et qui paraissent surtout liées à des phénomènes d'artérite) elle se plaint uniquement d'éprouver de temps à autre des sensations vertigineuses.

Pas de fièvre.

A signaler en outre que sous l'influence du traitement antisyphilitique et bien que la malade n'ait été *soumise à aucun régime spécial*, la glycosurie s'est abaissée en un mois de 120 gr. 75 à 13 gr. 60 par vingt-quatre heures et que la glycémie est redevenue à peu près normale.

En résumé. — Sclérose pulmonaire péribronchique chez une malade syphilitique et tuberculeuse.

La syphilis est prouvée par tout un ensemble de faits (troubles oculaires et kératite en particulier, datant de l'enfance, hémiplégie plus récente, aortite, réaction de B. W.) ;

La tuberculose affirmée par la découverte de B. K. dans les crachats, évolue sur le mode fibreux, en débit d'un diabète concomitant dont la nature spécifique est peut-être elle-même à discuter (influence heureuse du traitement antisyphilitique sur la glycosurie et l'hyperglycémie, en l'absence de tout autre thérapeutique diététique ou médicamenteuse).

OBSERVATION XXIX (M. Sergent.)

M. M..., 48 ans, vient consulter le 9 mai 1923.

Il est sujet depuis deux ou trois ans à de petits crachements sanguinolents. Il tousse habituellement et crache chaque matin.

Depuis un an il se plaint surtout d'une grande lassitude générale.

A l'examen. — Aspect général très floride ; pas de fièvre ni d'amaigrissement.

Appareil respiratoire. — Signes de condensation fibreuse du lobe supérieur droit.

Signes beaucoup plus discrets au sommet gauche où l'on note seulement un peu de submatité et l'existence de quelques râles fins.

La radiographie montre une opacité tigrée du sommet droit, avec trainées de petits nodules calcifiés tassés en quinconce sous la

clavicule : trainées de nodules plus gros tout le long de la chaîne parahilaire et jusqu'à la base.

Ombre pigmentée du sommet gauche ; tractus arborescent moins accentués qu'à droite avec quelques nodules plus rares.

Appareil circulatoire. — Cœur : éclat du 2^e bruit aortique, sans souffle (aorte très large sur la radiographie).

P. 88 ; T. A. 18-10.

Système nerveux et appareil digestif normaux.

Pas de stigmates objectifs de syphilis à part l'aortite.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Un frère mort tuberculeux à 23 ans.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole dans l'enfance.

Congestion pulmonaire à 18 ans.

Zona lombo abdominal droit il y a six ans.

Sa femme est bien portante ; a fait une fausse couche au début du mariage.

Deux enfants ensuite, très bien portants.

Pas de syphilis avouée.

Le 14 juillet, pas de B. K. dans les crachats.

Les réactions de B. W. et du Hecht sont négatives.

Néanmoins le malade est soumis à un traitement arsenical et mercuriel.

Revu le 2 juin 1924. Etat général toujours très bon ; aspect floride, engraissement de 7 kilos.

Mêmes signes stéthoscopiques et radiologiques.

P. 88 ; T. A. 16-10.

Le traitement mercuriel est continué.

Revu encore le 9 juin 1926. Le malade a été très bien portant, sans aucun incident, jusqu'en février 1926. A ce moment réapparaissent les crachats sanguinolents.

Le même accident a lieu au mois de mars suivant.

Actuellement on constate l'existence de râles plus humides au sommet droit et, pour la première fois, l'examen des crachats révèle l'existence de B. K.

Pourtant l'état général reste inchangé ; l'aspect est toujours floride ; pas de fièvre.

Pas de modifications des *signes cardiaques*.

P. 88 ; T. A. 17-9,5.

On conseille au malade une cure d'air et de repos de moyenne altitude.

En résumé. — Tuberculose fibro-calcaire très accusée, chez un aortite. Bien qu'il n'existe pas ici de preuve absolue de syphilis, l'existence de cette aortite, jointe à l'abondance des formations scléro-calcaires, évoque nettement l'idée d'une association syphilo-tuberculeuse.

* * *

A propos de ce troisième groupe d'observations, pas plus qu'au sujet des deux premiers, le rôle de la syphilis ne saurait être mis en doute ; mais si la vérole y est évidente, la tuberculose ne l'est pas moins, et partout les bacilles ont été formellement reconnus.

Or, au contraire de ce qu'on pourrait croire tout d'abord, ces cas d'association syphilo-tuberculeuse ne sortent pas du cadre de notre travail. Jointe à l'ensemble des observations précédentes, ils permettent de se rendre compte maintenant que toute une série de transitions nous a conduits insensiblement des cas où la syphilis est seule en cause, à ceux où son association avec la tuberculose est absolument indiscutable. Dans tous les faits intermédiaires, la syphilis apparaît comme mélangée en proportions diverses à une tuberculose plus ou moins latente et dont la preuve reste toujours à faire.

Mais quels que soient les cas envisagés, cas extrêmes ou cas intermédiaires, le syndrome clinique et radiologique de la bronchite chronique n'en reste pas moins comparable

à lui-même, et persiste d'une façon remarquable à évoluer sur le mode fibreux.

Peu nous importe en définitive, si l'on veut bien excuser cette expression, la « dose » de tuberculose plus ou moins importante qui vient s'ajouter à la vérole, puisque même dans le cas d'une association syphilo-tuberculeuse typique, c'est toujours la syphilis qui apporte la note dominante et impose le caractère évolutif particulier. A plus forte raison nous ne nous attarderons pas, dans les cas intermédiaire où l'existence de la tuberculose ne peut pas être démontrée, à discuter plus longuement la part de cette dernière, et nous n'hésiterons pas à faire rentrer les exemples douteux dans le groupe des bronchopathies syphilitiques proprement dites.

Pour illustrer en quelque sorte ces considérations purement cliniques, il nous paraît bon de rappeler que nous avons été amenés à des conclusions tout à fait analogues par l'examen des pièces de l'observation IV (page 26), étudiées au chapitre de l'Anatomie pathologique : malgré l'existence de trois facteurs sclérosants associés, la syphilis, la tuberculose et les gaz, la disposition systématique des lésions regardées par M. Letulle comme très particulière à la vérole, donnait logiquement à penser que celle-ci avait bien la part prépondérante dans la marche générale des néoproductions fibreuses.

Les processus inflammatoires développés autour des bronches sous l'influence de la syphilis, que cette dernière soit ou non associée à la tuberculose, ont donc une tendance manifeste à évoluer vers la sclérose. Toutefois, s'il est exceptionnel qu'un syphilitique ancien fasse une tuberculose caséuse, on sait que le pronostic de l'association syphilo-tuberculeuse est beaucoup plus sérieux, quand, inversement, la tuberculose précède la vérole. M. Sergent qui a étudié si minutieusement ces différentes éventualités a montré, que, dans le dernier cas, il était indispensable de tenir compte de deux éléments importants d'appréciation, d'une part, « l'état du terrain tuberculeux au moment où survient la syphilis », et d'autre part,

« la qualité de l'affection syphilitique intercurrente ». Il est donc bien entendu que les fait d'association syphilo tuberculeuse que nous avons en vue, désignent uniquement les cas de tuberculoses fibreuses greffées sur un terrain syphilitique ancien, ou réciproquement, les cas de tuberculoses éteintes, qui, réveillées par la syphilis, ont pu néanmoins bénéficier plus tard, selon l'expression de M. Sergent, « de la tendance à la sclérose qu'exerce la syphilis vieillie sur la tuberculose pulmonaire ».

II. — SYMPTOMES ESSENTIELS ET FORMES CLINIQUES DES BRONCHOPATHIES SYPHILITIQUES

De l'ensemble des observations précédentes se dégage tout naturellement la physionomie générale des bronchopathies syphilitiques. Après un début des plus insidieux, où la toux habituelle et l'expectoration du matin, viennent seules attirer l'attention du côté de l'appareil respiratoire, on voit se préciser les différents éléments du syndrome classique de bronchite chronique qu'il est désormais facile de superposer au syndrome anatomo-radiologique de sclérose pulmonaire péri-bronchique.

Les signes cliniques de la bronchite chronique sont trop connus et trop bien exposés ailleurs, pour que nous songions à notre tour à entreprendre leur étude analytique détaillée. Mais de même qu'à propos de l'anatomie pathologique et de la radiologie, nous avons constamment recherché, en regard des altérations bronchiques, les lésions parenchymateuses ou vasculaires éventuelles, il nous paraît indispensable de rappeler ici les quelques symptômes particuliers, qui, au cours de la bronchite chronique, peuvent s'ajouter aux signes propres de l'inflammation des bronches, et serviront en quelque sorte à mesurer le degré et l'étendue des processus réactionnels de voisinage.

Ce sont avant tout les *symptômes physiques* qui permettent une telle appréciation.

A côté du *catarrhe sibilant* dont l'auscultation révélera la présence; soit aux bases, soit même plus fréquemment dans les régions supérieures des poumons, on pourra constater toute une série de manifestations parenchymateuses plus ou moins accusées suivant les cas.

L'*emphysème* partiel ou généralisé en sera la traduction fréquente.

D'autres fois on pourra mettre en évidence un véritable *foyer de condensation*, siégeant à l'un des sommets ou occupant même la totalité d'un lobe et caractérisé essentiellement par la triade classique :

S —

V +

R + (rude et ronflante).

Lorsque apparaissent des *bruits surajoutés* sous forme de crépitations plus ou moins humides, plus ou moins profondes, ils peuvent être dûs à une poussée de congestion aiguë passagère, s'élevant autour de ce foyer de sclérose interstitielle. Beaucoup plus rarement c'est la tendance ulcéralive qui l'emporte et constitue un *centre d'infiltration* en général très limité.

Mais les phénomènes d'ordre parenchymateux ne sont pas les seuls qu'on puisse observer. La *plèvre* peut également réagir et son inflammation se manifestera par un affaiblissement du murmure vésiculaire, une zone de submatité et la présence en quelques points du thorax, de frottements ou de crépitations superficielles.

Enfin, bien souvent, diverses modifications dans la transmission normale du bruit laryngotrachéal, témoigneront d'une réaction ganglionnaire ou médiastinale plus ou moins importante.

A côté de ces symptômes physiques les *signes fonctionnels*

n'ont aucune valeur localisatrice. La dyspnée, la douleur sont d'ordre banal. L'expectoration n'a pas de caractères spéciaux. Elle est en général de moyenne abondance, mais peut être considérable au point de simuler parfois une véritable dilatation des bronches, comme dans les observations VI et VII sur lesquelles nous reviendrons plus loin. En outre, les crachats seront de temps à autre sanguinolents, sans que cette particularité puisse permettre, nous l'avons vu, de conclure à coup sûr à la coexistence d'une tuberculose pulmonaire.

Quant aux *signes généraux*, ils restent toujours au second plan. La température est le plus souvent, à peine dénivelée et ne tendra à s'élever que s'il survient un épisode de bronchite aiguë surajoutée. Même dans les cas avérés d'association syphilo tuberculeuse, l'éventualité d'une poussée évolutive accompagnée d'un état fébrile accusé, demeure tout à fait exceptionnelle.

Un catarrhe sibilant, auquel se joignent en proportion diverses de l'emphysème partiel ou généralisé, des signes de condensation ou d'infiltration, de pleurite, de symphyse pleurale et d'adéno-médiastinite, tels sont donc les différents phénomènes que l'on peut rencontrer au cours de la bronchite chronique.

Il est permis de considérer par conséquent, que toute une série de faits intermédiaires établit une chaîne interrompue entre les types purs de la bronchite chronique syphilitique et la syphilis du poumon proprement dite, cette dernière représentant les formes broncho-pulmonaires de la vérole, où des altérations plus ou moins importantes du parenchyme accompagnent les lésions de l'arbre aérien.

Or, nous avons montré précédemment comment une série de transitions analogues, nous avaient conduits insensiblement des cas purs de bronchite chronique syphilitique où la syphilis paraît seule en cause, jusqu'à ceux où son association avec la tuberculose est absolument indiscutable.

On peut, en réunissant dans une formule unique ces deux

propositions parallèles, conclure que les bronchites chroniques syphilitiques constituent elles-mêmes une sorte de type clinique intermédiaire entre la syphilis broncho-pulmonaire d'une part, et d'autre part les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire greffée sur un terrain syphilitique.

Cette façon d'envisager les faits n'est d'ailleurs que le développement d'une idée annoncée dès le début de ce travail et dont le professeur Sergent, à plusieurs reprises avant nous, avait indiqué le bien fondé.

* * *

Est-il prématuré d'aborder dès à présent la question de *formes cliniques*? Nos observations de bronchiques chroniques syphilitiques, considérées elles-mêmes comme des « faits de transitions », suffisent-elles à autoriser l'étude de types cliniques particuliers? Nous pensons que les symptômes de bronchite chronique que nous venons de passer en revue tout en ne possédant isolément aucun caractère original, sont néanmoins susceptibles de se grouper diversement et d'individualiser ainsi autant d'aspects cliniques indépendants.

La forme la plus communément observée est certainement celle du *catarrhe bronchique banal, plus ou moins mitigé d'emphysème*. Dans cette forme, les symptômes physiques, la dyspnée, la toux, l'expectoration, tout est moyen, et seule la question du diagnostic étiologique conserve tout son intérêt.

Parfois les symptômes physiques restant identiques, l'abondance de l'expectoration devient telle qu'elle ne manque pas d'évoquer au premier abord l'idée d'une dilatation bronchique ; les observations VI et VII nous en ont offert deux exemples excellents, et pourtant, dans l'un et l'autre cas, le contrôle radiographique, après injection intratrachéale de lipiodol, nous a prouvé l'absence complète de tout processus ectasiant (p. 56 et fig. 10 et 11). Ces formes de pseudo dilata-

tion des bronches, représentant donc des types intermédiaires aux formes bronchitiques catarrhales simples, et aux formes ectasiantes proprement dites. Nous avons déjà noté, du point de vue anatomique, la coexistence possible sur une même préparation de lésions non ectasiantes des bronches, et de dilatations bronchiques vraies, sans que celles-ci nous apparussent nécessairement comme la conséquence logique de celles-là. On conçoit que du point de vue clinique tous les mélanges et tous les degrés puissent se rencontrer également, sans que la dilatation des bronches soit fatalement le terme ultime d'une forme bronchitique simple à catarrhe abondant.

Deux cas extrêmes nous semblent encore intéressants à signaler : se sont d'une part les formes où la participation parenchymateuse est si accusée, que les symptômes bronchiques n'apparaissent plus qu'à titre d'épiphénomènes et qu'il s'agit plutôt de *syphilis pulmonaire* que de syphilis des bronches ; ce sont d'autre part les *formes latentes de bronchopathies syphilitiques chroniques*.

Ces dernières qui sont loin d'être rares, comme le prouvent les examens radiographiques et les autopsies des poumons pratiquées systématiquement chez tous les syphilitiques semblent avoir été assez dédaignées jusqu'ici.

Il est fort possible cependant que ces altérations latentes des bronches jouent un rôle beaucoup plus important qu'on ne paraît le croire en général ; rien n'empêche de considérer qu'ils peuvent constituer un point d'appel pour des phénomènes congestifs plus bruyants, et entrer ainsi pour une bonne part, dans les accidents pulmonaires des syphilitiques cardiaques ou brightiques, qu'on a d'habitude peu de tendance à attribuer à des lésions préexistantes de l'appareil respiratoire.

Le pronostic des affections du cœur et des reins est peut être influencé chez les syphilitiques par l'existence fréquente de ces bronchopathies latentes.

Ainsi s'expliquerait, jusqu'à un certain point, que deux aortiques par exemple, dont les lésions vasculaires paraissent identiques et l'équilibre cardiaque également bien conservé, puissent présenter ainsi qu'il est fréquent de le constater en clinique, des phénomènes pulmonaires d'intensité si différente.

* * *

Il nous reste peu de chose à dire de *l'évolution générale* des bronchites chroniques syphilitiques. Nous avons déjà indiqué en effet que leur caractère évolutif est celui d'une affection essentiellement sclérosante et nous avons insisté sur la persistance de cette tendance, même dans le cas d'une association certaine de la vérole à la tuberculose.

A plus forte raison, si la syphilis est seule en cause, rien ne pourra venir entraver son évolution naturelle vers la sclérose. Les ulcères bronchopathiques et les gommes syphilitiques dont nous avons signalé l'existence à côté des formations fibreuses les plus systématisées, indiquent seulement que dans certaines circonstances, la syphilis tout aussi bien que la tuberculose isolée, peut se manifester par une double tendance à la fois ulcéreuse et sclérosante.

Mais ces ulcères bronchopathiques ont une pathogénie toujours très discutée; les gommes restent le plus souvent à l'état d'îlots folliculaires, perdus au sein d'un tissu cicatriciel, si bien que l'on peut affirmer, au sujet de la syphilis, que c'est sa tendance à la sclérose qui triomphera dans la majorité des cas.

DIAGNOSTIC

Nous arrivons maintenant au chapitre le plus important de ce travail, à celui qui offre véritablement un intérêt d'ordre pratique. En effet les constatations anatomiques, radiologiques ou cliniques, que nous avons rapportées jusqu'ici, ne sont d'accord que pour nous montrer la bronchite chronique syphilitique sous les traits d'un syndrome banal de catarrhe bronchique, accompagné de certaines manifestations parenchymateuses plus discrètes, et correspondant anatomiquement à un syndrome non moins banal de sclérose pulmonaire péribronchique.

La nature syphilitique de ces phénomènes ne sauraient être affirmée, avons-nous dit, par la seule existence des quelques nuances de détail que nous avons signalées chemin faisant. La mieux étudiée d'entre ces nuances, à savoir la notion d'une sclérose pulmonaire systématique, n'est pas non plus à l'abri de toute critique, puisque certains auteurs ont réussi à réaliser expérimentalement des lésions fort voisines, par des injections intraveineuses répétées d'huile végétale (Le Moignic et Sezary, Guieyette-Pelissier).

Quant aux images radiologiques de tuberculose scléro-calcaire sur l'importance desquelles nous avons déjà insisté, elles évoquent bien l'idée d'une association syphilotuberculeuse, mais, par définition même, elles ne sauraient être d'aucun secours dans le diagnostic de la syphilose bronchique pure.

Toutefois, les longues discussions qui précèdent n'auront pas été inutiles si elles ont pu contribuer à mettre quelque

peu en évidence la banalité même des symptômes observés. En présence d'un syndrome de bronchite chronique qui ne semblerait offrir au premier abord qu'un intérêt de second plan, on est donc conduit à ne jamais relâcher son attention et à ne négliger aucun des renseignements susceptibles de fournir des précisions sur la cause de cette atteinte des bronches. En dépit de l'absence apparente de tout symptôme particulier, ce problème étiologique doit pouvoir être résolu dans la grande majorité des cas : il le sera, non seulement par la notion des nuances de détail auxquelles nous venons de faire allusion, mais par les résultats d'une enquête anamnétique très serrée, et la mise en œuvre de tous les moyens d'investigation capables d'établir ou de rejeter l'existence de la vérole, de la tuberculose, en un mot, de processus sclérosants quelconques, isolés ou diversement associés.

Nous nous proposons donc d'envisager rapidement le diagnostic différentiel du syndrome bronchite chronique, qui n'est en soi d'aucune difficulté, pour nous étendre plus longuement sur le diagnostic étiologique, qui représente en quelque sorte, nous le répétons, le point culminant de cette étude.

A. — Diagnostic différentiel.

Le diagnostic différentiel du syndrome « bronchite chronique » est en général évident.

Tout au plus certaines formes latentes de bronchopathies chroniques, pourraient-elles être confondues à un examen superficiel avec une *sclérose débutante des bronches de l'artère pulmonaire*. Nous avons vu, en étudiant les images radiologiques des scléroses péribronchiques, que ce diagnostic devait se poser, moins avec la sclérose primitive de l'artère pulmonaire (maladie d'Ayerza-Arrillaga) qu'avec les scléroses secondaires du même vaisseau, telles qu'elles s'observent au cours

de diverses cardiopathies. La distinction peut sembler délicate au premier abord, lorsqu'il s'agit de cardiaques syphilitiques, comme les aortiques par exemple. Mais alors de deux choses l'une, avons-nous dit : ou bien, la sclérose est très minime et il s'agit uniquement d'un diagnostic radiologique, la constatation d'une dilatation toujours précoce de l'arbre artériel pulmonaire venant dissiper le moindre doute ; ou bien, la sclérose est plus avancée et s'accompagne d'un syndrome clinique de cyanose qui empêchera toute confusion.

Un autre diagnostic mérite d'être discuté au cours de l'aortite syphilitique : celui des *manifestations respiratoires qui peuvent apparaître chez un malade en état d'équilibre cardiaque instable*. Nous avons eu récemment l'occasion d'examiner un sujet chez lequel des signes d'aortite coexistaient avec des symptômes broncho-pulmonaires accusés, râles disséminés, souffle à caractère bronchique siégeant dans la région interscapulo-vertébrale droite, expectoration très abondante. L'ensemble du tableau clinique persistait depuis plusieurs mois avec des alternatives d'aggravation et de rémission. On aurait donc pu dans une certaine mesure mettre ces différents symptômes respiratoires sur le compte d'une bronchopathie chronique.

Cependant l'examen radiologique, tout en confirmant l'existence d'une aortite et en mettant en évidence une médiastinité importante, montrait l'absence complète de gros tractus arborescents qui caractérisent communément la sclérose pulmonaire péribronchique.

Il est à remarquer que le seul examen clinique aurait déjà suffi à écarter ce dernier diagnostic en indiquant que les râles perçus à l'auscultation et disséminés dans toute la poitrine, se rapprochaient par la plupart de leurs caractères des râles fins de l'œdème ; ils étaient donc distincts à la fois des sibilants de la bronchite chronique, et des crépitations humides qui, au moment d'une poussée congestive apparaissent volontiers autour d'un foyer de sclérose pulmonaire. Enfin,

l'expectoration était en même temps plus fluide et plus spumeuse que celle qu'il est habituel de rencontrer au cours des bronchopathies chroniques.

Il est donc certain que le diagnostic différentiel du syndrome de catarrhe bronchique est des plus simples et les erreurs éventuelles que nous n'avons signalées que pour mémoire, ne peuvent pas résister à un examen un peu approfondi.

B. — Diagnostic étiologique.

Autrement difficile est la question de rapporter le syndrome bronchique à sa véritable cause.

Plusieurs cas sont à considérer suivant que le malade est un syphilitique avéré ou que sa syphilis, au contraire, a été jusque-là méconnue.

1^o LE MALADE EST UN SYPHILITIQUE AVÉRÉ.

Il n'y a donc pas lieu de discuter ici l'influence incontestable de la vérole, mais simplement de déterminer si la syphilis est seule responsable de l'ensemble des phénomènes de sclérose péribronchique ou si elle n'est pas associée en proportions variables à d'autres facteurs sclérogènes.

a) *Cette association est souvent évidente*, car le malade est un ancien gazé, ou un ancien goutteux, ou encore un tuberculeux fibreux dans l'expectoration duquel les bacilles de Koch sont aisément retrouvés. L'association syphilo tuberculeuse est particulièrement fréquente. C'est en pareil cas que l'on rencontrera les images radiologiques si caractéristiques de la tuberculose scléro-calcaire (obs. XXI et suivantes appartenant au « troisième groupe », p. 90).

Nous avons vu en effet, que cet aspect radiologique, sans constituer le signe pathognomonique d'une association syphilo-tuberculeuse, est néanmoins communément observé, lorsque

la tuberculose pulmonaire, sous l'influence de la syphilis vient à évoluer dans le sens fibreux.

b) *D'autres fois, l'association de la tuberculose à la vérole est beaucoup moins facile à affirmer, parce que, malgré des examens répétés, on ne parvient à déceler le bacille de Koch, ni dans les crachats, ni dans les selles. Cependant, certains indices devront attirer l'attention : c'est, par exemple, la notion d'un long passé respiratoire entrecoupé d'épisodes fébriles à intervalles plus ou moins rapprochés et qui, sans être incompatibles avec l'idée d'une syphilose bronchique pure, donnent assez nettement l'impression de processus évolutifs successifs de tuberculose pulmonaire ; c'est, plus simplement encore, la constatation radiologique de sommets sombres, petits et pointus, image qu'il est habituel de considérer comme faisant partie de la tuberculose pleuro-pulmonaire fibreuse. A plus forte raison, la présence de gros tractus arborescents et de nodules calcifiés parahilaires ou intraparenchymateux, contribuera à rendre des plus légitimes la suspicion d'une tuberculose concomitante.*

Nous ne pensons pas toutefois que cette dernière puisse être affirmée d'une façon absolue en l'absence de toute preuve bactériologique (cf. observations XIII, XIV, XV appartenant au « deuxième groupe », p. 74).

Contrairement à la tendance de certains auteurs pour qui tout processus de sclérose pulmonaire mal déterminé doit être réputé immédiatement tuberculeux, nous préférierions, dans tous les cas d'association syphilo-tuberculeuse, où la syphilis est certaine et la tuberculose douteuse, passer à côté de celle-ci, que perdre de vue un seul instant l'importance capitale de l'étiologie syphilitique.

c) *Enfin, bien souvent, aucun doute n'est plus de mise, parce qu'il est impossible, en dehors de la syphilis de retrouver la moindre trace d'une affection sclérosante quelle qu'elle soit.*

Le malade n'est ni un goulteux, ni un cardiaque, ni un

rénal, ni un alcoolique. Il n'a aucune lésion de son nasopharynx, et n'a jamais exercé aucune profession capable d'avoir déterminé des altérations sclérosantes de ses poumons.

Par ailleurs l'interrogatoire est muet au sujet de toute poussée pulmonaire évolutive antérieure ; il n'existe aucun des signes cliniques ou radiologiques qu'il est classique d'attribuer à la tuberculose pulmonaire fibreuse. Des examens répétés n'ont jamais permis de mettre en évidence le moindre bacille de Koch, ni dans les selles, ni dans les crachats, ni directement, ni après homogénéisation. L'inoculation des crachats au cobaye a été constamment négative.

Dans ce cas la vérole reste le seul facteur étiologique que l'on puisse logiquement incriminer et il n'y a aucune raison semble-t-il de refuser à la bronchite chronique ainsi qu'à la sclérose pulmonaire péribronchique correspondante, l'épithète de *syphilitique pure* (cf. observations VI, VII, VIII, appartenant au « premier groupe », p. 60).

Pourtant même dans les cas où la syphilis apparaît seule en cause, l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire fibreuse latente, ancienne et méconnue, doit toujours être soulevée. Dumarest qui a repris récemment l'étude de ces formes latentes et bénignes de la tuberculose fibreuse (18), a rapporté l'histoire d'une malade chez laquelle il a « pu suivre pendant dix-huit ans l'évolution d'un processus pulmonaire dont le début remontait à vingt-trois années et qui au bout de sa vingt-troisième année a donné sa signature bactériologique ».

Sans vouloir nier que de tels exemples ne soient de nature à montrer une fois de plus combien il faut savoir être circonspect dans l'interprétation des faits observés, nous pensons qu'ils n'ont pas cependant une valeur absolue : c'est ainsi qu'une malade aura très bien pu subir pendant vingt-trois ans les atteintes d'une affection sclérosante quelconque, syphilitique ou autre, sans que la tuberculose soit en cause, cette dernière n'étant venue s'ajouter qu'au bout de vingt-trois ans révolus, au processus pulmonaire antérieur.

Pratiquement, lorsque tous les faits cliniques et anatomiques, plaident en faveur de la syphilis et que rien ne vient démontrer par contre l'existence d'une tuberculose associée, on ne comprendrait pas pourquoi le rôle principal serait accordé au facteur sclérogène le plus problématique, tandis que l'influence manifeste de la vérole passerait injustement au second plan.

2° LE MALADE EST UN SYPHILITIQUE MÉCONNU

Il ne s'agit donc plus de discuter ici, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, l'éventualité d'une tuberculose fibreuse greffée sur un terrain syphilitique avéré. Maintenant, c'est la vérole elle-même qui risquerait de passer inaperçue, s'il n'était pas recommandé, ainsi que nous l'avons déjà rappelé à maintes reprises, de songer à la syphilis toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une sclérose péribronchique quels qu'en soient le degré ou les rapports possibles avec la tuberculose pulmonaire.

Sur quelles recherches faut-il se fonder pour mettre en évidence une étiologie syphilitique douteuse ou qui n'apparaîtrait pas immédiatement à l'examen du malade? Les moyens ne sont pas différents de ceux qui sont communément employés, pour dépister en toute autre circonstance la syphilis acquise ou héréditaire.

On utilisera successivement:

a) *L'interrogatoire*, qui permettra de fouiller minutieusement tous les antécédents du malade et sera susceptible de fournir des indications précieuses.

b) *La recherche des lésions concomitantes en évolution et des différents stigmates spécifiques* (on sait que les plus fréquents sont représentés par l'aortite, les lésions du système nerveux, le signe d'Argyll-Robertson, la leucoplasie buccale ou linguale).

c) *Les réactions humorales* et principalement la réaction de

Bordet-Wassermann (en respectant naturellement toutes les restrictions d'usage que comporte l'interprétation des résultats donnés par cette réaction).

Si la syphilis a pu être décelée par l'une quelconque ou par l'ensemble de ces différentes recherches, on retombera dans le cas précédent, et il ne s'agira plus que de déterminer l'existence ou l'absence d'une association syphilo-tuberculeuse par une étude précise des faits cliniques, des images radiologiques et des caractères bactériologiques de l'expectoration.

L'observation XXIX, p. 109, nous offre un exemple de sclérose pulmonaire péribronchique où l'abondance de formations scléro-calcaires évoque déjà l'idée d'une association syphilo-tuberculeuse. Mais tandis que la tuberculose est démontrée d'une façon irréfutable par la présence de bacilles de Koch dans les crachats, l'existence de la syphilis n'est pas immédiatement évidente et seule la découverte d'une aortite concomitante vient apporter un argument en sa faveur.

Chez d'autres malades, la preuve de la syphilis peut être encore plus difficile à établir. Mais de même qu'au paragraphe précédent nous avons insisté sur l'impossibilité dans quelques cas, d'affirmer une tuberculose, pourtant très vraisemblable, nous voudrions par raison de symétrie, rapporter deux observations où c'est au tour de la syphilis de n'apparaître qu'avec une certaine imprécision.

Nous allons voir qu'elle y reste néanmoins très vraisemblable et que rien ne permet de l'écarter de parti-pris et sans avoir procédé au préalable à une analyse méthodique de tous les symptômes de la maladie.

OBSERVATION XXX (M. Sergent).

M. Die..., 34 ans vient consulter le 26 avril 1923 en apportant un examen radioscopique qui montre une sclérose broncho-pulmonaire diffuse avec arborescences multiples et nombreux nodules

calcifiés. Quelques-uns de ceux-ci indiqués dans les sommets, sont dûs à la projection de ganglions sus-claviculaires durs qu'on sent rouler sous le doigt.

L'examen clinique de l'appareil respiratoire donne des signes de sclérose des sommets avec emphysème discret et quelques sibilances.

Pas de signes de *cardiopathie* ni d'*aortite*.

Le pouls est lent à 60 ; la T. A. = 8-11.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Les différents réflexes sont normaux.

L'aspect général est floride. Pas de fièvre.

Signaler l'existence d'une plaque de leucoplasie jugale droite et d'un petit ganglion épitrochléen droit.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cancer du rectum à 65 ans ; mère bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant chétive.

Bronchites fréquentes et tenaces surtout depuis dix ans.

Depuis quatre ou cinq ans crises asthmatiformes ; hémoptysies il y a un an et demi.

Marié il y a neuf ans ; pas d'enfants ; pas d'accidents.

L'examen des crachats et la réaction de B. W. dans le sang sont négatifs.

En résumé : Tuberculose scléro-calcaire asthmatiforme.

La syphilis ancienne, très probable, est évoquée non seulement par l'existence de cette tuberculose à forme fibro-calcaire, mais en outre par la leucoplasie jugale et le petit ganglion épitrochléen. Rien cependant ne permet de l'affirmer d'une façon absolue.

OBSERVATION XXXI (M. Sergent).

Mme Ma..., 58 ans, vient consulter le 23 mai 1926. Depuis dix mois, à la suite d'une chute d'échelle, deux mètres, et déjà déprimée par de nombreux chagrins, la malade ressent des douleurs lombaires, et voit apparaître des crachements de sang qui se sont reproduits plusieurs fois durant cette époque.

Température dénivelée oscillant entre 36 et 38°4.

Pas d'amaigrissement appréciable.

Examen de l'appareil respiratoire.

Base droite en arrière : Submatité (matité à l'extrême base) respiration soufflante, avec sifflement en soupape aux reprises; quelques sibilances et rugosité pleurale;

Pas d'autres signes stéthoscopiques.

Une radiographie apportée par le malade montre : un empâtement hilaire gauche avec petites taches en grains de plomb; et, surtout à la base droite, de gros tractus arborescents partant du hile et irradiant en éventail, avec petites images annulaires le long de leur trajet. Au-dessus de cette zone, une bande linéaire très sombre, coupe obliquement tout le champ pulmonaire et semble dessiner la scissure inférieure symphysée.

Les autres appareils semblent normaux.

A noter seulement un peu d'éclat du deuxième bruit aortique.

P. 88; T. A. 14-9.

Les pupilles sont égales et réagissent bien.

A signaler en outre l'existence d'un ganglion sus-claviculaire droit, gros et dur.

Antécédents héréditaires. — Père mort au Sénégal de fièvre jaune;

Mère morte à 83 ans;

Deux sœurs mortes en bas²âge;

Un frère mort à 40 ans du paludisme;

Antécédents personnels. — Purpura récidivant depuis l'enfance (hémorragies buccales, ecchymoses cutanées);

Réglée seulement à 17 ans ;

Mariée à 24 ans ;

Cinq enfants ; trois fils tués à la guerre ; les deux autres bien portants ;

Congestion pulmonaire à 36 ans, à droite, d'une durée de deux mois avec hémoptysies.

En résumé : Réveil d'une ancienne bacillose (congestion pulmonaire il y a 22 ans), à la suite de dépression générale par chagrins successifs et déclanchée par traumatisme.

Evolution vers la forme fibreuse hémoptoïque.

(Hémophilie, hémogénie ?)

Syphilis méconnue possible.

Dans les deux observations précédentes, à côté d'une syphilis probable mais douteuse, la bacillose au moins paraît bien établie.

Voici maintenant une forme encore plus dégradée où ni la tuberculose, ni la syphilis ne sauraient être affirmées nettement au premier abord. De l'ensemble des signes cliniques et radiologiques qui concernent cette nouvelle observation, on ne peut retenir que la *simple impression* d'une association syphilo-tuberculeuse possible.

Loin d'affaiblir l'idée de la syphilis bronchique, un pareil cas nous semble plutôt capable d'en étendre le domaine : nous allons voir en effet que l'impression qui se dégage de l'observation suivante est toute comparable à celle que nous avait suggéré plus haut l'étude des faits où la syphilis s'imposait précisément d'une manière éclatante.

OBSERVATION XXXII (M. Sergent.)

M. D..., 51 ans, vient consulter parce que depuis six mois, il souffre d'une toux quinteuse suivie de syncope.

A l'examen, le 20 mai 1922, facies vultueux, ecchymoses conjonctivales.

Pupilles égales et sans paresse.

Leucoplasie buccale droite.

Appareil respiratoire. — Signes de catarrhe bronchique et d'emphysème, souffle de compression bronchique bilatéral.

Ni bruit de galop, ni clangor, ni syndrome d'angor.

P. 80 ; T. A. 45-40.

L'examen radiologique montre : le thorax symétrique, les deux sommets petits, les clavicules étant haut situées. Les sommets sont un peu embués, faiblement transparents. Cependant l'illumination à la toux existe des deux côtés. L'ensemble des champs pulmonaires ne présente ni tache, ni pommelure. Dans les régions hilaires on voit un empatement assez marqué. A droite, tout le long du bord droit de l'ombre médiane, se voit une traînée d'ombres fortement opaques, olivaires, formant toute une chaîne verticale. Du côté gauche, une grosse ombre arrondie, moins opaque, comme une grosse noix, occupe la région hilaire.

La coupole diaphragmatique est très peu mobile à gauche et à droite. A droite, le cul-de-sac déplisse incomplètement, le diaphragme est bridé par des adhérences qui le maintiennent à sa partie moyenne. A gauche, le cul-de-sac costo diaphragmatique est bouché.

En position oblique, l'espace médian est un peu gris.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rien de grave dans l'enfance.

Une bronchite tenace à 10 ans ; toussé facilement depuis.

Marié, deux enfants bien portants (25 et 23 ans).

Pneumonie grave en 1909.

A toujours toussé depuis avec congestions pulmonaires fréquentes.

Était mieux quand la guerre a éclaté ; a fait deux années de service à l'intérieur ; réformé maintenant.

L'examen des crachats, la réaction de B.-W. sont négatifs.

Le malade est soumis néanmoins à un traitement spécifique (injection de cyanure de Hg).

Reçu le 7 mai 1923 — Amélioration très notable à la suite de ce traitement et d'une cure à Cauterets.

Puis trois mois après, reprise de quintes de toux et de l'oppression.

P. 80 ; T. A. 12-8.

Soumis à nouveau au traitement spécifique (injections de novar intramusculaires ; suppositoires de Hg).

Le 29 juin 1924, il a été fait 13 injections de novar ; aucune amélioration ; tousses et crache beaucoup ; oppression de plus en plus forte.

Les signes de ~~compression~~ bronchique sont moins nets ; les signes de catarrhe bronchique et d'emphysème prédominent

La radiographie cadre avec ces constatations.

P. 78 ; T. A. 12-7 1/2.

Traitement. — Cure au Mont-Dore.

Iodure, arsenic.

En résumé : Syndrome médiastinal avec catarrhe bronchique et emphysème. Le syndrome médiastinal, la leucoplasie buccale peuvent orienter le diagnostic du côté de la syphilis.

L'évolution de la maladie fait penser à la tuberculose.

Les images radiologiques enfin, éveillent l'idée d'une association syphilo-tuberculeuse. Mais il n'existe en faveur de cette double étiologie que des présomptions et nul argument catégorique.

* * *

C'est à dessein que nous avons placé à la suite des observations où la syphilis est évidente, quelques exemples où son existence est, pour le moins, problématique. En insistant sur l'importance de la vérole en tant qu'agent de sclérose pulmonaire, nous n'avons jamais prétendu diminuer, en effet, le rôle capital de la tuberculose considérée elle-même comme facteur sclérosant. Mis à part les cas d'association

syphilo-tuberculeuse dûment contrôlés, nous n'avons fait que nous efforcer de mettre constamment en regard les cas certains et les cas douteux de l'une et l'autre étiologie. Pour les cas douteux, en particulier, nous avons voulu simplement signaler qu'il n'y avait aucune raison de refuser à la vérole ce qu'il est d'usage d'accorder si facilement et sans meilleure preuve à la tuberculose. Mais surtout, nous avons voulu montrer que, dans toutes les circonstances où la syphilis pouvait être soupçonnée et quels que puissent être ses rapports avec une tuberculose éventuelle, il était indispensable de ne pas négliger une aussi précieuse indication, sous peine de passer à côté des bienfaits qu'une thérapeutique appropriée est susceptible d'apporter aux malades.

La similitude d'impression que nous avons cru pouvoir dégager entre quelques faits douteux et d'autres cas évidents de bronchopathie syphilitique, conduit à penser que divers perfectionnements dans les moyens d'exploration de l'appareil respiratoire, permettront un jour de poser le diagnostic avec certitude, même dans les cas actuellement les moins probants.

Pour achever la comparaison que nous avions commencée au début de ce travail et que nous avons du reste utilisée à plusieurs reprises chemin faisant, nous pensons que l'histoire des bronchites chroniques syphilitiques sera sans doute assez comparable à celle des aortites chroniques. La fréquence des altérations que la syphilis peut déterminer sur l'aorte, est en effet soupçonnée depuis longtemps sous l'influence des seuls travaux cliniques ; nombre d'affections aortiques, telles que l'insuffisance aortique, l'anévrysme, certaines variétés de l'angine de poitrine, sont considérées de longue date comme étant de nature syphilitique et bien avant que les procédés d'investigation modernes, réaction de Bordet-Wassermann ou constatation anatomo-pathologique des tréponèmes dans les tuniques aortiques, eussent permis de confirmer cette impression. D'ailleurs, la réaction de Was-

sermann est bien souvent négative en pareil cas, et les tréponèmes restent toujours fort difficiles à déceler dans les parois d'une aorte ; de sorte qu'aujourd'hui encore, en faisant le diagnostic d'aortite chronique syphilitique, on ne raisonne le plus souvent que par analogie, et comme on le ferait en un mot pour la bronchite chronique syphilitique la plus contestable.

Il est vrai qu'à propos de bronches intervient un autre facteur, la tuberculose, qui ne saurait être de mise, en cas d'aortite chronique.

Mais ce facteur de sclérose surajouté ne peut entraver en rien l'action propre de la syphilis sur les bronches ; si la tuberculose est capable de réaliser toutes les variétés de bronchopathies chroniques, on peut en dire autant de la vérole, et en tous cas, l'existence d'une tuberculose fibreuse n'exclut en aucune façon et doit faire rechercher au contraire, l'action parallèle ou combinée de la syphilis.

Le seul point difficile à résoudre, dans bien des formes d'association syphilo-tuberculeuse, est de savoir si la syphilis a attaqué primitivement l'armature bronchique ou si elle n'a fait que préparer le terrain au développement d'une tuberculose fibreuse ultérieure.

En pratique la notion d'hybridité est la seule intéressante à retenir.

Par contre, lorsqu'il s'agit d'une bronchite tertiaire pure, sans mélange de tuberculose, nous renonçons à discuter le rôle évidemment accessoire des infections bronchiques banales (préexistantes ou secondaires), et c'est à l'hypothèse d'une attaque directe des bronches par la syphilis que nous nous rangeons sans hésiter.

TRAITEMENT

Ayant soulevé en plusieurs endroits la question du traitement des bronchites chroniques syphilitiques, nous sommes obligés maintenant de nous expliquer au moins brièvement sur ce dernier point.

Comme en font foi maintes observations, il est certain que nombre de nos malades ont bénéficié d'une manière sensible de l'institution d'une thérapeutique anti-syphilitique. Mais en dépit de ces avantages, temporaires ou permanents, il est facile de prévoir qu'on se heurtera le plus souvent à la résistance que toutes les scléroses syphilitiques opposent, d'une façon générale, à la médication pathogénique.

Quelle que soit l'inconstance des résultats obtenus, il est néanmoins indiqué, ici comme partout ailleurs, de poursuivre le traitement, sinon avec une trop grande vigueur, du moins par périodes suffisamment prolongées :

1° parce qu'on doit toujours garder l'espoir d'atteindre assez précocement quelques zones de sclérose encore jeune et susceptible de rétrocéder ;

2° parce qu'on parviendra du moins à enrayer la tendance extensive des lésions et les « fixer » en quelque sorte.

A côté des lésions de sclérose, est-il possible d'agir sur les ulcérations bronchopathiques ? Nous avons montré que la nature de ces ulcérations était elle-même fort discutable et que l'on pouvait faire intervenir à leur propos, le rôle des infections secondaires. Contre celles-ci, en tout cas, les agents chimiques antisypilitiques ne peuvent avoir qu'une action salu-

taire. Dans l'expectoration de deux de nos malades nous avons relevé l'existence à diverses reprises de nombreux spirochètes d'ordre banal ; même s'ils n'étaient là que par hasard, il est évident que la médication arsenicale que nous avons utilisée, ne pouvait manquer de les combattre avec efficacité.

En somme, nous ne voyons aucune contre-indication à l'emploi du traitement anti-syphilitique, si ce n'est l'apparition d'un épisode fébrile ou d'une poussée hémoptoïque.

L'association syphilo-tuberculeuse, à condition qu'elle ne réalise pas non plus l'une ou l'autre de ces deux dernières éventualités, exige également d'une façon formelle la mise en œuvre d'un traitement prolongé. Lorsque, malgré la constatation d'une tuberculose fibreuse à forme de bronchite chronique, la preuve du terrain syphilitique n'a pu être établie, il est bon de tenter quand même, avec toute la prudence habituelle un traitement spécifique suivi. Ce que nous avons dit de la fréquence des formes hybrides, doit faire penser que la syphilis en pareil cas peut être restée latente ou méconnue.

Ainsi que M. Sergent y insiste depuis longtemps, certaines formes de tuberculose fibreuse, la forme scléro-calcaire en particulier, ont, au même titre que la leucoplasie buccale ou que le signe d'Argyll-Robertson, une valeur séméiologique incontestable, dont il serait vraiment illogique de ne pas tenir compte.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom de *bronchite chronique syphilitique* nous nous sommes efforcés d'étudier dans ce travail un aspect particulier de la syphilis tertiaire des bronches, caractérisé d'une part, anatomiquement, par une sclérose pulmonaire péribronchique, et d'autre part, du point de vue clinique, par un syndrome de catarrhe chronique des bronches plus ou moins mélangé d'emphysème.

II. — Une telle variété de bronchopathie ne doit ni exclure, ni supposer fatalement l'idée d'une ectasie bronchique concomitante. Elle peut rester indéfiniment au stade d'épaississement simple des parois bronchiques ou annoncer au contraire une dilatation ultérieure des bronches. Cette dernière, en tous cas, ne saurait résumer à elle seule toute la question de la syphilis des bronches ;

III. — Nous nous sommes attachés à fonder cette notion générale de bronchite chronique tertiaire sur quelques données anatomiques, ou, plus exactement, anatomo-radiologiques. (Nous avons indiqué d'ailleurs comment la confrontation des faits anatomiques et des images radiologiques nous avait permis de suppléer jusqu'à un certain point à la rareté des autopsies concernant les cas authentiques de bronchopathies syphilitiques pures.)

a) *Du point de vue anatomique* l'étude de nombreuses observations, concernant tant la syphilis broncho-pulmonaire (avérée ou latente), que la syphilis bronchique proprement

dite, démontre d'une façon évidente, la remarquable affinité de la syphilis pour le tissu bronchique.

Les lésions consistent essentiellement en un épaississement des parois des bronches, auquel s'ajoute une réaction scléreuse plus ou moins vaste et plus ou moins dense du parenchyme et des espaces interstitiels environnants. Des ectasies bronchiques concomitantes peuvent se voir, mais sont fort inconstantes. En outre, on reconnaîtra çà et là des ulcères bronchopathiques, de pathogénie plus discutable.

Contrairement à ce qui a lieu dans la plupart des organes (foie et reins), où la syphilis paraît frapper en même temps les vaisseaux et le tissu glandulaire, il semble que, dans le poumon, la vérole puisse être, suivant les circonstances, électivement vasculaire ou canaliculaire. De toute façon, quand les bronches sont atteintes, les lésions vasculaires, se trouvent reléguées au second plan.

Il n'existe cependant aucun caractère original qui, en présence d'un syndrome anatomique de sclérose pulmonaire péribronchique, permette d'incriminer la syphilis plutôt que la tuberculose ou tel autre facteur de sclérose. Seule la constatation d'une sclérose systématique péribronchique, périlobulaire ou périalvéolaire, peut, ainsi, que l'a montré M. Letulle, constituer un argument de grande valeur en faveur de l'étiologie syphilitique. Lorsque d'autres facteurs de sclérose, et la tuberculose surtout, sont associés à la syphilis, il semble bien que l'influence de la vérole continue à être prépondérante, puisque c'est une sclérose plus ou moins systématique que l'on observe en pareil cas ;

b) *Les faits radiologiques sont exactement superposables* aux données de l'Anatomie pathologique. Les quelques nuances de détail que nous avons longuement analysées (en particulier les images annulaires groupées en « nids de guêpes ») sont trop infidèles pour servir à affirmer l'étiologie de la lésion constatée. Il n'existe aucun signe particulier

permettant d'attribuer aux images radiologiques, autre chose qu'une valeur purement localisatrice.

Chez certains cardiaques syphilitiques, l'interprétation des tractus arborescents est rendue d'autant plus malaisée qu'il faut toujours envisager la possibilité d'une sclérose de l'artère pulmonaire et de ses plus fines ramifications.

Seule la prédominance des productions scléro-calcaires possède, ainsi que MM. Sergent et Cottenot y ont encore insisté récemment, une valeur séméiologique incontestable dans la recherche de la syphilis chez les tuberculeux : sans être pathognomonique, elle n'en doit pas moins évoquer toujours l'idée d'une tuberculose pulmonaire fibreuse greffée sur un terrain syphilitique.

IV. — *Du point de vue clinique* les mêmes difficultés se rencontrent quand il s'agit de découvrir la syphilis sous le masque en apparence banal de la bronchite chronique. Nous avons analysé successivement les symptômes cliniques :

a) Dans les observations de bronchites chroniques syphilitiques pures ;

b) Dans les cas de bronchites chroniques syphilitiques où l'influence de la tuberculose, bien que n'étant pas évidente, doit tout au moins être suspectée ;

c) Dans les cas d'association syphilo-tuberculeuse dûment contrôlés.

L'ensemble de ces observations nous a montré que toute une série de faits intermédiaires conduit insensiblement des cas purs de bronchite chronique syphilitique, où la syphilis paraît seule en cause, jusqu'à ceux où son association avec la tuberculose est absolument indiscutable.

Par ailleurs, une série de transitions analogues forme une chaîne ininterrompue entre les types purs de la bronchite chronique syphilitique et la syphilis du poumon proprement dite, c'est-à-dire les formes broncho-pulmonaires de la vé-

role, où des altérations plus importantes du parenchyme accompagnent les lésions de l'arbre aérien.

En réunissant dans une formule unique ces deux propositions parallèles, on peut conclure comme M. Sergent l'avait déjà indiqué, que les *bronchites chroniques syphilitiques constituent elles-mêmes une sorte de type clinique intermédiaire entre la syphilis broncho-pulmonaire d'une part et d'autre part les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire greffée sur un terrain syphilitique.*

V. — Quelle que soit la forme envisagée, il faut, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un syndrome de sclérose pulmonaire péribronchique, confirmé cliniquement et radiologiquement, songer à dépister la syphilis par tous les procédés d'investigation possibles. Il est indispensable, en particulier, de fouiller minutieusement tous les antécédents du malade, de rechercher tous les stigmates classiques de spécificité (aortite, leucoplasie, signe d'Argyll-Robertson), et de pratiquer toutes les réactions biologiques habituelles. On parviendra souvent ainsi à mettre en évidence, comme y insiste M. Sergent, une vérole méconnue jusqu'alors, que celle-ci soit associée ou non à d'autres facteurs de sclérose.

VI. — En l'absence de toute autre indication précise, lorsque l'existence de la syphilis a pu être établie par les moyens précédemment indiqués, il nous paraît logique de conclure à la sclérose syphilitique pure. Certes, la tuberculose pulmonaire fibreuse dans sa forme latente, reste toujours difficile à éliminer. Les signes négatifs, tels que l'absence de preuve bactériologique, ne suffisent pas à l'écarter. Cependant, quand il est impossible de déceler dans l'histoire de la maladie le moindre incident évolutif, quand on ne retrouve radiologiquement aucune des images qu'il est classique d'attribuer à la tuberculose pulmonaire fibreuse (sommets petits et pointus, formations scléro-calcaires), quand des examens

bactériologiques répétés, tant dans les selles que dans les crachats, ont été constamment négatifs, quand plusieurs inoculations au cobaye ont été elles-mêmes négatives, en un mot, quand tous les symptômes positifs et négatifs plaident en faveur de la syphilis et que nul d'entre eux ne saurait évoquer en aucune façon l'idée de tuberculose, nous pensons qu'il n'y a pas de raison de refuser à la première étiologie ce que l'on a tendance à accorder si facilement à la seconde.

VII. — La notion d'une tuberculose pulmonaire fibreuse avérée ne doit pas empêcher cette recherche minutieuse de la syphilis. Au contraire, comme M. Sergent l'a montré depuis longtemps, elle doit toujours faire songer à la possibilité d'une influence syphilitique ayant amené la tuberculose à évoluer dans le sens fibreux.

VIII. — Entre ces deux étiologies, la syphilis et la tuberculose, lorsqu'en l'absence de signes de certitude, il faut faire intervenir le facteur de probabilité, nous pensons, que, contrairement à l'opinion communément admise, ce n'est pas en faveur de la tuberculose seule qu'il doit jouer, mais en faveur de l'hybridité syphilo-tuberculeuse ; on ne risquera pas ainsi de passer à côté des bienfaits qu'une thérapeutique appropriée est susceptible d'apporter au malade.

IX. — Il est en effet évident que, si la tuberculose est fréquente, la syphilis ne l'est pas moins, et par conséquent il n'est pas surprenant qu'on trouve fréquemment associés ces deux facteurs de sclérose. Ce que nous avons dit de l'affinité toute spéciale de la syphilis pour le tissu bronchique, fait comprendre combien il serait illogique de négliger son rôle éventuel dans tous les cas manifestes de sclérose pulmonaire péribronchique.

X. — Comme toutes les scléroses d'origine syphilitique, la sclérose péribronchique ne rétrocede qu'imparfaitement

par l'action de la médication pathogénique. Celle-ci doit néanmoins être appliquée dans tous les cas certains de bronchite chronique syphilitique, et même dans les cas douteux de sclérose pulmonaire n'ayant pas fait la preuve de leur nature *non* spécifique. Pratiquement, nous avons pu constater à plusieurs reprises, sous l'influence du traitement, une amélioration souvent temporaire mais sensible.

S'il n'est pas toujours possible d'agir sur une zone scléreuse suffisamment jeune pour être accessible au traitement, on peut, du moins, garder l'espoir d'empêcher l'extension des lésions et de les fixer en quelque sorte.

Vu : Le Président de la thèse,
E. SERGENT

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie complète de la question, considérée du point de vue de la syphilis pulmonaire, et comprenant une centaine de noms, est exposée tout au long dans le livre de BERIEL (1907). Nous jugeons donc inutile de la reproduire intégralement ici, et, à part certains ouvrages classiques qu'il est impossible de ne pas mentionner, nous nous contenterons de donner la liste des travaux postérieurs à 1907.

1. ABECASSIS. — *Origine syphilitique des dilatations des bronches* (Thèse Lyon 1911).
2. AZOULAY (R.). — *Forme sèche hémoptoïque de la dilatation bronchique* (Thèse Paris, 1924).
3. BALZER. — *Syphilis trachéo-broncho-pulmonaire* (fas. XXX, in traité Gilbert et Carnot 1922).
4. — *Contribution à l'étude de la syphilis des bronches et du poumon* (Paris-Médical, 21 janvier 1922).
5. BERIEL. — *Syphilis du poumon* (1907).
6. BERNARD (L.). — *Rapports de la tuberculose et de la syphilis du poumon* (Soc. d'Etudes Scient. de l'œuvre de la tuberculose, 12 mai 1923).
7. BEZANÇON et ETCHEGOIN. — *Présence de spirochètes dans les crachats hémoptoïques* (Soc. de Biologie, 17 janvier 1925).
8. — *Revue de la tuberculose* (n° 3 p. 377, juin 1925).
9. BEZANÇON et JACOB (P.). — *Etude clinique et anatomique d'un cas de syphilis pulmonaire* (Revue de la tuberculose, t. IV, p. 526, 1923).

10. BEZANÇON et de JONG. — *Dilatation des bronches* (in traité Roger, Widal, Teissier, 1926).
11. BEZANÇON, WEILL (M. P.) et AZOULAY (R.). — *Forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches* (Bull. Ac. de Méd. p. 100, 1924).
12. CARRERA. — *American Journal of Syphilis* (n° 1, janvier 1920).
13. CASTEX et ROMANO. — *Bronchopneumonias* (1918).
14. CHABBERT. — *Valeur sémiologique de la tuberculose fibreuse, dans la recherche de la syphilis* (Thèse Paris, 1908).
15. COURCOUX et LABESSE. — *Fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile* (Revue de la tuberculose, 3^e série, t. II, p. 203, 1921).
16. DALSACE (J.). — *Etiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire* (Thèse Paris, 1919).
17. DARIER. — *Syphilis pleuro-pulmonaire* (in traité Debove-Achard, t. I, p. 392).
18. DUMAREST (F.). — *Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse* (Journal méd. de Lyon, 5 avril 1926).
19. ELIZALDE. — *Anatomia pathologica y pathogenia de la sífilis pulmonar* (Buenos-Aires, 1920).
20. FERRANINI. — *Riforma medica* (nos 5 et 6, 1915).
21. FLORAND, FLURIN, et FRANÇOIS. — *Les bronchites chroniques* (1913).
22. FLURIN. — *Thèse Paris* 1910.
23. — *Rhino-bronchites descendantes et emphysème pulmonaire* (Journal médical français, août 1926).
24. GUIEYESSE-PELISSIER. — *Recherches sur l'absorption de l'huile dans le poumon* (Soc. de Biologie, t. LXXXIII, 23 mai 1920).
25. GUIEYESSE-PELISSIER. — *Etude de l'absorption de l'huile dans le poumon chez le lapin et chez le chien* (X^e Congrès de physiologie, Paris, juillet 1920).
26. HUTINEL et STEVENIN. — *Syphilis héréditaire et dystrophies* (Arch. de méd. des enfants 1910).
27. HUTINEL (JEAN). — *Contribution à l'étude anatomique et clinique de la dilatation des bronches* (Thèse Paris, 1922).

28. JACOB (P). — *Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire* (Revue de la Tuberculose 3^e série, t. IV p. 540, 1923).
29. JONG (I. de). — *Syphilis broncho-pulmonaire* (Annales d'Anatomie pathologique, t. III, n^o 3, mars 1926).
30. JONG (I. de) et LESTOQUOY. — *Un cas de broncho-pneumonie chronique chez un nourrisson hérédosyphilitique* (Presse Médicale, n^o 15, 1926).
31. Le MOIGNIC et SEZARY. — Soc. de Biologie, 8 juin 1918 et 26 juillet 1919.
32. LEREDDE. — *Paris-Médical*, 15 septembre 1917.
33. LETULLE. — *Les scléroses systématiques du poumon* (Soc. anatomique, juin 1923).
34. — *Syphilis pulmonaire chez l'adulte* (Ac. de Méd. 17 avril 1923).
35. — *L'armature élastique des bronches* (Presse médicale, 30 août 1924).
36. — *La syphilis pleuropulmonaire* (in « Le poumon », Paris 1924).
37. LETULLE, BEZANÇON et WEIL (M. P.). — *Etude anatomo-pathologique d'un cas probable de syphilis broncho-pulmonaire* (Annales de Médecine, t. XV n^o 6 p. 461-475, juin 1924).
38. LETULLE, BEZANÇON, WEIL (M. P.) et de GENNES. — *Un cas de syphilis pulmonaire avec tuberculose associée* (Revue de la Tuberculose, 3^e série, t. IV, p. 533, 1923).
39. LETULLE et DALSACE. — *Les formes latentes de la syphilis pulmonaire* (Presse médicale, 27 mars 1926).
40. LETULLE et NATTAN-LARRIER. — *Bulletin Soc. Anat.* (1910).
41. — *Précis d'anatomie pathologique* (Masson, 1912).
42. MARFAN. — In *Traité de Médecine* de Charcot-Bouchard.
43. MASSIA. — *Le poumon syphilitique : contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire chez l'adulte* (Thèse, Lyon 1911).
44. MAYER (PATINO). — *Sifilis pulmonar* (Buenos-Ayres 1916).
45. MILHIT. — *Arch. de Méd. des enfants* (février 1914).
46. MILIAN. — (In *Manuel d'histologie path.* de Cornil et Ranvier in *Traité de la syphilis* d'A. Fournier).

47. MIRANDE. — *Conceptions actuelles de la Syphilis du poumon* (Journal de Méd. et Chirurgie pratiques, 10 sept. 1921).
48. — *Syphilis de l'appareil respiratoire et du médiastin* (in *Traité* Sergent, 1924, p. 312).
49. NADAL. — *Thèse Paris*, 1919.
50. SCHERBER. — *Über die wechselwirkungen zwischen Syphilis und Tuberkulose* (Wiener med. Wochenschr., n° 18, p. 1 054, 2 mai 1925).
51. SERGENT (EMILE). — *Syphilis et Tuberculose* (Archives générales de Médecine, 1905).
52. — *A propos d'un cas de pneumopathie syphilitique* (Journal des praticiens, 1906).
53. — *Syphilis et Tuberculose* (Masson, 1907).
54. — *Syphilis de l'appareil respiratoire* (in *Précis de syphiligraphie* de Gauchér, 1909).
55. — *Etudes cliniques sur la tuberculose* (1918).
56. — *Etudes cliniques* (1921).
57. — *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire* (1922).
58. — *Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire* (1926).
59. — *Bronchite chronique et emphysème* (in *Grands syndromes respiratoires*, 1^{er} fascicule).
60. SERGENT et DURAND. — *Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire* (Ac. de Médecine, 1^{er} mai 1923).
61. SERGENT et COTTENOT. — *Syphilis et tuberculose pulmonaire fibreuse* (Ac. de Médecine, 1^{er} mai 1923).
62. SERGENT et HAAS. — *La Médecine* (mai 1920).
63. SPANGENBERG. — *Sifilis pulmonar* (Buenos-Ayres, 1916).
64. TISSOT (JEAN). — *Les bronchites hémoptoïques de la syphilis secondaire* (Thèse Paris, 1921).
65. TRIPIER. — *Anatomie pathologique*.
66. — *Études anatomo-cliniques* (Paris, 1909, p. 344).
67. VAQUEZ. — *Sclérose de l'artère pulmonaire* (Paris médical, 3 juillet 1925).

TABLE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
HISTORIQUE.....	7
ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.....	15
1° Lésions des bronches dans les cas de syphilis pulmonaire avérée.....	17
2° Lésions des bronches dans la syphilis pulmonaire latente ou larvée	21
3° Lésions des bronches au cours des bronchopathies syphili- tiques proprement dites.....	24
ETUDE RADIOLOGIQUE.....	41
1° Images bronchiques au cours de la syphilis pulmonaire avérée.....	43
2° Images bronchiques au cours de la syphilis pulmonaire latente.....	44
3° Images bronchiques dans les bronchopathies syphili- tiques proprement dites.....	46
ETUDE CLINIQUE	59
I. — Observations de bronchites chroniques syphilitiques pures ou associées en proportions diverses à d'autres processus sclérosants et à la tuberculose fibreuse en particulier.....	60
A) Cas de bronchopathies syphilitiques pures.....	60
B) Cas de bronchopathies syphilitiques où l'influence de la tuberculose, quoique n'étant pas évidente, doit cependant être suspectée.....	74
C) Cas d'association syphilo-tuberculeuse évidente.....	90

II. — Symptômes essentiels et formes cliniques des broncho-	
pathies syphilitiques.....	113
DIAGNOSTIC.....	119
A) Diagnostic différentiel.....	120
B) Diagnostic étiologique.....	122
TRAITEMENT.....	135
CONCLUSIONS.....	137
BIBLIOGRAPHIE.....	143